BIBLIOTECA MEDICA CONTEMPORANEA

PATOLOGIA E TERAPIA

DELLE

MALATTIE VENEREE

DI

F. J. BUMSTEAD

LETTORE SULLE MALATTIE VENEREE AL COLLEGIO DEI MEDICI E CHIRURGHI, NUOVA YORK,
CHIRURGO ALL'OSPEDALE SAN LUCA
CHIRURGO ALL'OSPEDALE OTTALMICO DI NUOVA YORK

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA

DEL DOTTOR

CIRILLO TAMBURINI

MEDICO ASSISTENTE PRESSO L'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

CON NOTE ED AGGIUNTE

DEL DOTTOR

AMILCARE RICORDI

CHIRURGO DEL COMPARTO SPECIALE DELLE MALATTIE VENEREE NELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

VOLUME PRIMO

MILANO
Dottor **FRANCESCO VALLARDI**, tip.-editore
CON STABIL. DI STEREOTIPIA E DI INCISIONI IN LEGNO
Via di S. Margherita, N. 5.

1864

PATOLOGIA E TERAPIA

DELLE

MALATTIE VENEREE

PATOLOGIA E TERAPIA

DELLE

MALATTIE VENEREE

DI

F. J. BUMSTEAD

LETTORE SULLE MALATTIE VENEREE AL COLLEGIO DEI MEDICI E CHIRURGHI, NUOVA YORK,
CHIRURGO ALL'OSPEDALE SAN LUCA
CHIRURGO ALL'OSPEDALE OTTALMICO DI NUOVA YORK

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA

DEL DOTTOR

CIRILLO TAMBURINI

MEDICO ASSISTENTE PRESSO L'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

CON NOTE ED AGGIUNTE

DEL DOTTOR

AMILCARE RICORDI

CHIRURGO DEL COMPARTO SPECIALE DELLE MALATTIE VENEREE NELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

VOLUME PRIMO

MILANO
Dottor FRANCESCO VALLARDI, tip.-editore
CON STABILIMENTO DI STEREOTIPIA E DI INCISIONI IN LEGNO
Via di S. Margherita, N. 5

1864

AL

CAV. ANTONIO QUAGLINO

PROFESSORE DI OTTALMOLOGIA

NELLA

R. UNIVERSITÀ DI PAVIA

AL MAESTRO

NELLA DIFFICILE VIA DELL' OSSERVAZIONE

ALL'AMICO VENERATISSIMO

GRATI OFFRONO QUESTO VOLUME

CIRILLO TAMBURINI

AMILCARE RICORDI

PREFAZIONE

Scopo di quest' opera fu di dare, allo studente un trattato completo sulle Malattie Veneree, al medico, una guida pratica quanto al loro trattamento; a questo fine si subordinarono ai precetti pratici le discussioni teoretiche e, nell'opinione che il successo della cura dipende tanto dal modo colla quale si eseguisce, come dai principj generali sui quali è basata, non si credette inutile nè da tralasciarsi piccolezza alcuna che potesse giovare al chirurgo od al paziente.

In questi ultimi dieci anni, si aggiunse un importantissimo materiale a quanto già si sapeva sull'argomento Venereo. V'hanno notate fra l'altre cose: la secrezione dell'ulcero infettante innocua, se applicata alla persona che lo porta od a qualunque individuo affetto da diatesi sifilitica; l'aver rimosso alcuni ostacoli alla generale credenza del contagio delle lesioni secondarie; il fatto che la sifilide prosegue il medesimo corso, sia che derivi da un sintomo primario, sia da uno secondario, cominciando in ambidue i casi con un ulcero là dove il virus penetra nel sistema; il definito periodo di incubazione del vero ulcero o delle manifestazioni generali; l'inefficacia della cura abortiva della sifilide; e i fenomeni della si-

filizzazione. Parecchi di questi argomenti sono affatto nuovi per questo periodo di tempo, nel quale si portarono maggiori lumi su quanto s'era già ottenuto; di modo che, quanto noi sappiamo ora sulle malattie Veneree è assai più completo e soddisfacente che non per il passato; i risultati delle investigazioni che ci condussero a questo punto, comparvero per la maggior parte nelle pagine della letteratura medica periodica in questa ed altre lingue; fu tra gli intenti dell'autore anche questo, di raccogliere tali risultati, in un solo volume, onde renderli maggiormente accessibili ai lettori Americani.

INDICE DEL VOLUME PRIMO

PARTE PRIMA

BLENNORRAGIA E SUE COMPLICAZIONI

Capitolo I.

Capitolo II.

CAPITOLO III.

CAPITOLO IV.

CAPITOLO V.

CAPITOLO VI.

CAPITOLO VII.

Capitolo VIII.

Capitolo IX.

Capitolo X.

Capitolo XI.

Capitolo XII.

CAPITOLO XIII.

FINE DELL' INDICE DEL VOLUME PRIMO.

SULLE

MALATTIE VENEREE

INTRODUZIONE.

Vi sono tre malattie, le quali traendo origine dall' amplesso sessuale, ebbero nome di Veneree, cioè: la BLENNORRAGIA, l'ULCERO CONTAGIOSO DEI GENITALI, o ULCEROIDE, e la SIFILIDE. Queste tre affezioni per lungo tempo, confuse al principio di questo secolo, ripresero a poco a poco le relazioni che avevano fra loro circa quattrocento anni sono. Lo spirito medico, viaggiò in un circolo, e compiuto il giro, trovasi ora a quello stesso punto a cui si trovava verso la seconda metà del secolo decimoquinto e la prima del decimosesto. La distinzione tra le malattie accennate, ammessa ora da quasi tutti gli uomini eminenti della professione, illustri ed autorevoli in materia, fu pienamente riconosciuta fin da venti o trent'anni, dopo la scoperta di Colombo.

I primi cenni della storia delle Malattie veneree, furono da poco tempo e completamente investigati da Bassereau [1], Langlebert [2], e Chabalier [3]; i risultati ottenuti, quali essi siano, sono però so-

[1] Affections de la peau symptomatiques de la syphilis, Paris, 1852.

[2] Récherches historiques sur la doctrine moderne des maladies vénériennes, l'Union Méd., 1855.

[3] Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes. Thèse de Paris, 1860 (N. 52). Tolgo dalla buonissima tesi del Sig. Chabalier moltissimi dei fatti che seguono, relativi alla storia delle malattie veneree.

stenuti da una serie di prove tratte da fonti originali, così che non v'è luogo a dubbio; tanto è ciò vero, che nessuno ne ha ancora negata la verità, e sì che l'opera di Bassereau sta da circa dieci anni, dinanzi agli uomini della professione. Cercherò di esporre nel modo più conciso che mi è possibile, quanto si sa al presente su questo soggetto.

La Blennorragia ha esistito fra tutte le nazioni, e fin da quei primi tempi dei quali ci resta qualche ricordo. Mosè ne parla chiaramente nel cap. 15 del Levitico, dove traccia dei precetti per coloro che sono affetti da — una colagione della carne. —

Pare che fra i Romani e i Greci fosse meno conosciuta che fra gli Ebrei; però, se ne trovano cenni non dubbj. Ippocrate descrive cinque sorta di leucorrea, oltre alle perdite dipendenti da infiammazione dell'utero, delle quali tratta a parte. Erodoto dice che — gli Scizii irruppero nella Palestina e saccheggiarono il tempio di Venere Urania. La Dea irata mandò sopra di loro e sopra la loro posterità la malattia della donna, che è caratterizzata da uno scolo dal pene. Coloro che ne sono presi si hanno come maledetti. — Anche Celso conosceva la balanite e la gonorrea; dipendente quest'ultima, com'egli supponeva, da un'ulcera dentro l'uretra; e Cicerone dice che — l'incontinenza dà luogo a disuria come la vita comoda cagiona diarrea. —

Più tardi, questa malattia, e in molti esempj, le sue complicazioni di testicolo indurito e di cistite, furono descritte più o meno minutamente da Mesue nel 904; da Halli Abbas, uno dei magi Persiani che seguì le dottrine di Zoroastro nel 980, da Rhazis, sapiente medico Arabo, nato in Chorosana nell'852; da Albucasa, altro Arabo del secolo undecimo; da Costantino di Cartagine; da Michele Scott nel 1214; da Garioponto di Salerno; da Rogerio; Giovanni Gaddesden d'Inghilterra sul principio del secolo decimoquarto; Giovanni da Concorezio, Giovanni Arcolano, Guy di Chauliac, Valesco di Taranto, Giovanni Ardern, stabilito a Londra nel 1371; e da altri molti [1].

Bisogna ammettere quasi necessariamente, che ogni medico scrittore conoscesse l'esistenza della blennorragia fino dal chiu-

[1] CHABALIER, op. cit.

dersi del secolo decimoquinto, quando lo studio delle malattie veneree, s'ebbe nuovo impulso dell'irrompere della sifilide in Europa.

La storia dell'ulceroide è essenzialmente la medesima. Le ulceri degli organi genitali e i buboni suppuranti, sono descritti da quasi tutti gli autori medici Greci, Latini ed Arabi. Ippocrate parla dettagliatamente della cura degli ascessi all'inguine, dipendenti da ulcerazioni dell'utero e dei genitali. Celso è ancora più esplicito, e chiaramente descrive l'ulcero semplice, fagedenico, serpiginoso e gangrenoso, riconosciuti anche ai nostri giorni. Sarebbe difficile, per esempio, il dare una descrizione dell'ulcero fagedenico, più fedele della seguente: — Ulcus latius atque altius serpit... solet etiam interdum ad nervos ulcus descendere; profluitque pituita multa, sanies tenuis maliquc odoris, non coacta, et acquæ similis in qua caro lota est; doloresque is locus et punctiones habet. — Egli accenna anche al pericolo di distruzione del prepuzio quando l'ulcera è complicata con fimesi, e in tal caso, consiglia la circoncisione. Si potrebbero citare molti altri scrittori, ma non trovo necessario di portare maggior evidenza nell'argomento, dacchè è generalmente ammesso che gli ulceri degli organi genitali dipendenti da contagio contratto nell'amplesso, erano conosciuti fin dai tempi più remoti. Unico punto di disputa può essere la loro natura.

Alcuni autori, e segnatamente Cazenave, sostengono che fossero veri ulceri infettanti, e non ulceroidi come io ammisi; s'ebbe in ciò un altro argomento sull'esistenza della sifilide in Europa prima del chiudersi del secolo decimoquinto. Ma tale opinione non si può ammettere per molte ragioni. Una di queste è la frequenza dei buboni suppuranti, la quale si disse accompagnare questi ulceri; poichè nella maggior parte degli ulceri infettanti i ganglj inguinali che diventano induriti restano affatto passivi; mentre invece l'ulceroide è spesso accompagnato da un bubone infiammatorio che termina colla suppurazione. Questo riflesso però, non ha valore alcuno per quelli che nei casi di ulceri primarj, non concedono alcun valore prognostico alla suppurazione dei ganglj inguinali; lasciamo questo punto e fondiamo il nostro argomento sul fatto che la storia non ricorda l'esistenza di sintomi generali prima dell'anno 1494; che l'ulcera dei genitali nota agli antichi fu sempre un'affeziono locale, e non seguita mai da manifestazioni costituzionali lungi dal punto del contagio; che l'erompere della malattia una

volta in apparenza curata, non si ripeteva; che la sifilide costituzionale era sconosciuta [1]; e finalmente che i medici viventi sul finire del secolo decimoquinto, che conoscevano benissimo le ulcere in questione, furono colpiti da orrore, al comparire intorno a quell'epoca di una malattia, che ora si conosce essere stata sifilide e confessarono di non averne veduta di consimile prima d'allora e di ignorarne la natura e la cura; e nei loro trattati sulle malattie veneree, scritti nel lasso di circa trent'anni dopo, descrivono questa e l'altra malattia in capitoli separati, mostrando così che essi non avevano idea veruna della loro identità.

Secondo gli autori contemporanei maggiormente degni di fede, la sifilide comparve per la prima volta in Italia, sul finire dell'anno 1494, quando Carlo VIII, re di Francia, alla testa di una grossa armata, scese in questa contrada collo scopo di prendere possesso del regno di Napoli, sul quale egli vantava diritto di eredità. In questa spedizione, che fu dapprima favorita dagli stessi Napolitani, Carlo lasciò Roma dirigendosi verso Napoli il 28 gennajo, e fu ricevuto in questa città il 21 febbrajo 1495 [2]. I Napolitani diventarono tosto intolleranti del nuovo giogo; ajutati dalle forze di Ferdinando d'Aragona e condotti da Gonsalvo di Cordova il gran capitano, intrappresero di scacciare il francese dall' Italia [3].

La nuova malattia probabilmente non aveva veruna relazione, necessaria con questi eventi, i quali però senza dubbio favorirono il propagarsi e l'esacerbarsi del contagio colla licenza e gli eccessi che accompagnano le grosse armate; e ne derivarono reciproche accuse tra i nativi e gli invasori, quanto all'origine della malattia; i Francesi la chiamarono — Mal de Naples, — perchè loro scono-

[1] Gaspare Torello (1498), è il primo che accenna alla sifilide dei bambini lattanti.

[2] Guicciardini, lib. I, cap. IV.

[3] La nuova malattia, la sifilide, pare sia stata conosciuta e descritta per la prima volta in Italia dal medico di Papa Alessandro VI. Pietro Pintor, il quale nel 1499 pubblicava il suo: Aggregator sententiarum de preservatione et curat. pestilentiæ; ed un anno dopo l'altra opera che ha per titolo: De morbo fœdo his temporibus affligenti; lavoro abbastanza prezioso, e del quale non si conosce che un solo originale che trovavasi nella libreria del Cotunio.

A. Ricordi.

sciuta prima della spedizione nel Napoletano, e gli Italtani facendola derivare dai Francesi la chiamarono — Mal Francese. —
Si asserì che il susseguente propagarsi della sifilide, dipendesse dall'averla recata alle case loro le truppe, ricondotte dal suolo Italiano, dopo la guerra. Questo però non deve essere stato nè il solo, nè il mezzo principale di trasmissione; giacchè i Francesi, ritornando da Napoli, ebbero la battaglia di Fornovo il 6 luglio 1495 [1], e con decreto dell'Imperatore Massimiliano I, — Contra Blasphemos, — promulgato alla dieta di Worms, 7 agosto del medesimo anno, comprende fra i mali mandati a punizione del prevalente vizio di bestemmiare, — præsertim novus ille et gravissimus hominum morbus, post hominum memoriam inauditus, sævit grassatur, [2] — mostrando così che la sifilide si era già largamente diffusa in Germania, in modo da attrarre l'attenzione generale, a un dipresso, quando i Francesi lasciarono l'Italia.

Anche Giuseppe Grunbeck, medico Germanico che scrisse nel 1496, descrive la malattia apparsa sulla sua stessa persona, evidentemente in un periodo antecedente di molto alla data della sua opera. Questo autore dice, seguendo la citazione di Chabalier, ch'egli fu un uomo felice, fino a quando la nuova pestilenza non venne in Germania; ma che un giorno passeggiando ne' campi, s'accorse tosto d'esserne preso: — et primam venosam sagittam in glandem Priapi ista fœtidas defixit, quæ ex vulnere tumefacta, utrisque manibus vix comprehendi potuisset. — Triste ed avvilito se ne ritornò a casa, indeciso s' egli dovesse far conoscere agli amici la sua condizione; ma il cambiamento nella sua persona, il suo silenzio, il suo accoramento fecero nascere in loro il sospetto che gli fosse accaduta qualche sventura, onde alla fine si trovò obbligato a confessare ch'egli era preso dal Mal francese. I suoi cari amici, d'un tratto l'abbandonarono, e lo fuggirono come spada di nemico sospesa sulla loro testa. La tristizie di Grunbeck andò crescendo, e ritiratosi nella solitudine, s'abbandonò a tetri pensieri sulla vanità delle cose terrene, sull'ingratitudine, sulla perfidia degli uomini. Frattanto la sua malattia cresceva e mille ulcere gli si manifestarono sul pene e sui testicoli e vomitava mate-

[1] GUICCIARDINI, lib. II, cap. IV.
[2] GOLDAST, Const. Imp. II., 110.

rie sanguinolenti. Dopo quattro mesi di tali patimenti, si pose in cura di un celebre empirico, che gli guarì le piaghe cospargendole di una polvere che gli cagionava molto dolore. La malattia scomparve dal pene, ma tosto tornò sulla pelle, in forma di tubercoli. — Pestifera qualitas ex hoc suppurato et arcto loco retrocessit, atque in multis aliis verrucas passim in cutis superficiem elisit. — La perizia dei più celebri medici non valse a dissipare questi nuovi sintomi. Si trovò qualche vantaggio momentaneo nelle frizioni con un unguento che conteneva mercurio, raccomandato da un ciarlatano, ma in seguito si ebbero molte recidive.

Anche la testimonianza di altri autori concorre a mostrare che la sifilide si estese rapidamente in pochi anni nella maggior parte d'Europa e invase ogni ceto sociale, come dice Giovanni Lemaire, poeta di quel tempo:

Il n'espargnoit ne couronne ne crosse.

Bassereau e Chabalier sostennero ad evidenza che la sifilide era affatto sconosciuta prima del 1494. Non se ne conobbe a tutta prima la relazione coll'amplesso, e molti l'attribuirono alla mala influenza delle stelle; e quantunque alcuni tentassero di rassomigliarla a certe malattie degli antichi tempi, come per esempio, all' asaphati dei Persiani, alla mentagra che dominava a Roma sotto Tiberio, alla psoriasi, all' elefantiasi, alla lebbra, pure la maggior parte degli scrittori di quel tempo dicono che la era una malattia affatto nuova nella storia del mondo, e tutti confessano, di non averne mai riscontrata d'analoga.

Filippo Beroald per esempio, che morì nel 1505, dice di non potere nè affermare nè negare la supposizione, che la sifilide esistesse antecedentemente; tutto quanto egli sa per certo si è che questa — Malattia francese caratterizzata da chiazze enormi sporgenti, da pustole che danno alla faccia ed al corpo un aspetto schifoso, qualche volta senza dolori, qualche volta con dolori vivissimi alle giunture, tali da impedire il sonno, lentamente consuma il corpo; che non si può curarla con nessun rimedio; che era sconosciuta a' suoi antecessori; che qualunque nome gli altri, le vogliano dare egli la chiamerebbe morbum pestiferum diuturnum; che egli prega, Dii, prohibite minas! Dii, talem avertite pestem! Possa questa ma-

lattia, più devastatrice d'ogni pestilenza, partirsene e ritornare donde venne, alle gole d'averno. —

Giacomo Cataneo di Laco-Marcino genovese, nel suo trattato de Morbo Gallico scritto nel 1505, dice che nel 1494 sotto il pontificato di Alessandro VI, e durante l'invasione nel Napoletano di Carlo VIII re di Francia, apparve in Italia una nuova terribile malattia, non mai conosciuta prima d'allora; che era nuova, al mondo intero; che non rassomigliava nè all'asaphati nè ad altra ulcera fetida o serpiginosa, e che non si poteva ammettere come epidemica; che era mandata come vendetta di Dio, a punire la fornicazione e l'adulterio, i quali quantunque proibiti dalla legge, erano nondimeno praticati da uomini che vivevano come bestie selvagge [1]. Le testimonianze di molti altri scrittori confermano queste stesse conclusioni.

Le ulcere contagiose dei genitali, conosciute prima della seconda metà del secolo decimoquinto, si chiamarono — caries — — caroli — e — taroli; — il primo di questi termini fu poi applicato alla nuova malattia distinta però col nome di — caries gallica. — Nelle opere di Marcello Cumano, Alessandro Benedetti, Leoniceno, Gaspare Torella, Giovanni da Vigo ed altri autori che scrissero nei primi trent'anni dalla comparsa della sifilide, queste due affezioni furono descritte in capitoli separati, con molti dei segni caratteristici ammessi anche oggi. Così, Giovanni da Vigo accenna all'indurimento di quelle ulcere che sono seguite da sintomi costituzionali: — Cum callositate eas circumdante; — e nessuno di questi primi scrittori, parlando del mal francese, allude in alcun modo ai buboni suppuranti, che sono descritti a parte e riferiti alla — caries non gallica — conosciuta nei tempi antichi. Troviamo in quelle opere anche una diligentissima descrizione delle eruzioni cutanee, dei dolori notturni, dei tumori ossei, e d'altre forme generali di sifilide, e si nota il fatto che la cura in molti casi non è che temporaria, e la malattia spesso ricompare. Inoltre i primi autori sulla sifilide credevano nella contagiosità dei sintomi costituzionali e del sangue delle persone infette, cose dimostrate da poco tempo colle esperienze.

Nessuna delle teorie emesse, quanto al comparire della Sifilide in Europa verso la fine del secolo decimoquinto, riposa su dati

[1] Chabalier, op. cit., p. 87.

sufficienti per farla ammettere pienamente. Non possiamo supporre che la fosse di una natura epidemica e dovuta ad influenze atmosferiche, poichè testimonj oculari dell'invasione della malattia dicono precisamente che la malattia non prese d'un tratto un gran numero di persone d'ogni età, ma si propagò dall'una all'altra principalmente nelle persone di mezza età, risparmiando i vecchi e i fanciulli, o gli abitanti dei chiostri, e che partì dall'Italia come da un centro, impiegando parecchi anni per distendersi alle più remote contrade d'Europa. Da quanto sappiamo in oggi su questa malattia, possiamo dire che si propagò sempre per contagio.

La teoria che incontrò maggiore credenza, è quella che fa derivare la sifilide dall'America, quando Colombo reduce dal primo viaggio, prese terra a Barcellona nella Spagna nel 1493, solo un anno prima che la malattia comparisse in Italia. Secondo Chabalier, Giovanni Battista Fulgoso, doge di Venezia, fin dal 1509 asserì che si era spiegata nella Spagna una nuova malattia che si comunicava solo nel coito e cominciava ai genitali, che era stata trasportata dall'Africa in Spagna e da questa in Italia: — Quæ pestis primo ex Hispania in Italiam allata, ad Ispanos ex Æthiopia, brevi totum terrarum orbem comprehendit. — Leonardo Schmans nel 1518, Ulrich von Hutten nel 1519 e Fracastoro nel 1521, furono i primi ad esporre l'idea che la sifilide fosse stata trasportata in Europa dai marinaj di Colombo reduci dall'America; ora vedremo quale fondamento abbia questa opinione.

È certo che la sifilide esisteva nella colonia fondata da Colombo nel suo secondo viaggio, ma non si sa se questa malattia fosse indigena delle Indie Occidentali, od importatavi dagli Spagnuoli. Washington Irving nella sua Vita e Viaggi di Cristoforo Colombo [1], parlando della colonia stabilita ad Isabella, dice che: — Molti Spagnuoli soffrivano anche i tormenti di una malattia fino allora sconosciuta fra loro, flagello come si suppose, della loro licenza colle donne Indiane; ma si disputò quanto all'origine di questo flagello, se Americano od Europeo. — Chabalier aggiunge la seguente testimonianza: —

Pietro Martiro, Governatore di Castiglia nel 1492, in un'opera [2]

[1] Vol. I, lib. VI, cap. XI.

[2] De navigatione et terris de novo repertis.

scritta nel 1500 asserisce che:—Essi avevano in quest'isola (Hayti) una singolare malattia, caratterizzata da larghe pustole sul corpo e rodenti le estremità, troppo dedite alla lussuria. Questa malattia si contrae da uomini e donne che ne sono già infette. —

Francisco Lopez de Gomare, elemosiniere di Fernando Cortez, dice che quasi tutti gli Indiani erano affetti da sifilide: — Los de aquesta isla Espannola son tudos bubosas, i como los Espannoles dormian con las Indias. —

Roderico Dacio Insulano, medico a Barcellona quando comparve la sifilide, crede che la vi fosse portata nel 1493 da Colombo; che i compagni di Colombo facevano dipendere tale malattia dalle privazioni e dalla fatica del viaggio, e che a Barcellona infettarono tutta la città, donde la malattia fu trasportata a Napoli. Quando Carlo VIII arrivò in Italia l'anno appresso, aveva nelle sue truppe un certo numero di Spagnuoli affetti dalla malattia, della quale essi ignoravano la natura, e che attribuivano alle influenze atmosferiche.

Come Americano, lasciando ogni spirito di parte, ho tentato di esporre quì imparzialmente tutta l'evidenza di questo argomento; vede il lettore come, nessuno di coloro che ebbero parte nella scoperta del nuovo mondo, dice di avervi trovata la sifilide arrivando colà. L'esistenza della malattia nelle Indie, nel secondo viaggio di Colombo, si può spiegare facilmente ponendo che ve l'avessero trasportata gli Europei, e si può benissimo ammettere l'inclinazione di costoro e dire che la loro malattia dipendeva dai nativi. Non è necessario del resto, addentrarsi maggiormente in questo soggetto; è ormai vero, che gli autori moderni che più si occuparono di questo argomento non ritengono pienamente ammissibile l'opinione della supposta origine Americana della sifilide.

Le opinioni di coloro che furono testimonj del primo comparire della sifilide in Europa, opinioni che si combinano in molti punti con quelle esposte nella metà del secolo decimonono, andarono a poco poco perdendo di peso, fino a che si ebbe la massima confusione di idee in proposito. Un'ammirabile storia di questa — età di confusione sulle malattie veneree — come fu detta, ci fu data da Bassereau; è una storia che dovrebbe essere letta da ognuno che desidera essere informato dell'origine di questi errori, dai quali appena adesso la medicina va sciogliendosi, quantunque vi siano an-

cora uomini della professione che li sostengono. Come tratto di giustizia verso il sig. Bassereau, cho fu il primo a scoprire l'evidenza portata dalla storia in favore della dualità del virus ulceroso, preferisco inserire per esteso il brano seguente, invece di darne un sunto; e faccio così, anche perchè la scoperta originale non è conosciutissima, massime in America, ed altri s' ebbero il merito delle fatiche di Bassereau [1].

« Fin dalla prima metà del secolo decimosesto si cominciò a scorgere una certa tendenza a confondere le malattie veneree. Così Giorgio Vella (A. D. 1508), le attribuisce tutte alla medesima causa. Ecco il suo piano d'argomentazione: Si ammette, egli dice, che prima dell'esistenza del mal francese, alcune donne comunicassero per mezzo del coito, ad altri uomini, delle ulcere che non furono mai seguite da quell'insieme di sintomi, che venne poi a costituire la nuova malattia. Ma è anche certo, che questa incomincia con delle ulcere ai genitali, le quali si contraggono per la medesima via da donne ammalate, ed hanno i medesimi caratteri objettivi (quoad sensum visûs) delle ulcere del pene, anteriori al comparire del mal francese, e in modo tale che il più dotto medico non le sa distinguere. Se adunque queste ulcere si contraggono nella stessa maniera, hanno il medesimo aspetto, e non si possono distinguere dalle altre, perchè non farle derivare tutte al medesimo principio? Vella ammette che gli si possa fare l'opposizione che un nuovo effetto presuppone una causa nuova, e che siccome il mal francese non era mai stato osservato prima, abbisognò per produrlo di un'altra causa che non quella alla quale riferiamo le ulcere contagiose dei genitali conosciute già in tutti i tempi. Risponde a questa osservazione dicendo, che le cause della malattia possono per avventura assumere una maggiore attività, precisamente come vediamo le febbri pestilenziali recare maggior strage in certi periodi più che in altri, mentre la causa rimane pur la medesima.

« Si può anche opporre, egli dice, che la necessità di nuovi rimedj indica una differenza nella natura della malattia. È vero,

[1] Nel conversare coi medici Americani, fui sorpreso nel trovarne molti che erano affatto nuovi al nome di Bassereau, e che attribuivano l'onore d'aver fatto emergere le prime prove della dualità del virus ulceroso al Sig. Clerc, le opinioni del quale, diverse da quelle di Bassereau, ed ormai riconosciute per incorrette, furono pubblicate due anni dopo l'opera di Bassereau.

si risponde, che i rimedj impiegati nella cura delle ulcere anteriori al mal francese sono insufficienti per la nuova malattia, ma i mezzi che tornano efficaci in queste ultime, cureranno anche le prime. Il che vuol dire che il rimedio di una malattia grave è per lo più sufficiente per una malattia leggiera, mentre il rimedio di una malattia leggiera non conviene sempre in una malattia grave.

« Giorgio Vella quindi, stabilisce il fatto, che noi abbiamo trovato anche negli scritti di Alessandro Benedetti, Marcello Cumano e Giovanni da Vigo, cioè, l'esistenza prima del 1495, di ulcere contagiose limitate ai genitali, e la comparsa intorno a questo tempo di una nuova malattia, che cominciava ai genitali, in forma di ulcere, seguite da eruzioni cutanee generali, dolori nelle articolazioni, ecc. Di più — e l'idea è tutta sua particolare — tenta di mostrare che questi due ordini di affezioni dipendono dalla medesima causa.

« Non era nè irrazionale nè inconsistente colla patologia di Vella, il considerare queste nuove ulcere dei genitali che affettavano l'intero corpo, come della medesima natura delle ulcere locali conosciute volgarmente dall'antichità, e il supporre che le ultime abbiano repentinamente presa una attività insolita per influenza di qualche condizione speciale dell'organismo. Sfortunatamente la teoria di Giorgio Vella è basata su due fatti assai disputabili:

« 1. L'identità del modo di trasmissione di queste ulcere.

« 2. La molta somiglianza tra loro, e l'impossibilità di distinguerle l'una dall'altra.

« Ma lo stesso modo di comunicazione di due malattie, non prova che la loro natura sia la medesima, e la supposizione di Vella, della somiglianza di tutti gli ulceri fra loro, era già stata rifiutata da' suoi predecessori. Infatti molti autori più indietro del secolo decimosesto, erano d'accordo nell'idea che l'ulcera che precedeva i sintomi generali, si poteva conoscere all'aspetto livido, e alla base indurita; quest'ulcera fu per loro così diversa dall'ulcero ordinario (caries) che nelle loro opere sulle malattie veneree la descrissero in capitoli e in libri separati.

« Gli scrittori sulla sifilide, che si oppongono al Vella, non dicono che l'ulcera del mal francese, presentasse sempre dei sintomi particolari distinti; nè io vorrò sostenere una tale opinione. Più

indietro ho dimostrato che in molte piaghe primarie, che furono poi seguite da eritema sifilitico, mancò l'indurimento.

« Le dottrine professate da Giorgio Vella, fecero trascurare lo studio dei sintomi speciali degli ulceri, e contribuirono non poco a far confondere tutte queste ulcere fra loro. Tale confusione fu opera specialmente di quei medici che incominciarono a praticare l'arte loro dopo il 1495, e che non potevano quindi paragonare la nuova malattia, colle affezioni veneree che si conoscevano da tempo immemorabile, prima della fine del secolo decimoquinto. Seguendo le fasi di questa storia, troviamo che il primo passo fu quello di non aver fatto distinzione nei loro scritti, tra il vecchio e il nuovo ulcero, e di aver comprese nelle loro descrizioni della sifilide certi epifenomeni che appartengono quasi esclusivamente all'antica varietà di ulcera. Così Nicolò Massa (1532), autore di un celebre trattato sul mal francese, tra i sintomi non equivoci di questa malattia, comprende il bubone suppurante, il quale quasi esclusivamente appartiene all'ulcero degli antichi. Pure all'acume di Massa non sfuggì che gli ulceri seguiti da buboni suppuranti, sono raramente seguiti da eruzioni cutanee od altri sintomi generali; cosicchè, dopo aver considerato questi buboni come un sintomo di vera sifilide, è obbligato a confessare che i pazienti che ne sono affetti, vanno per lo più esenti dalle eruzioni e dai dolori che costituiscono il mal francese. — Et sequuntur apostemata inguinum quæ si suppurantur removent ægritudinem. — Anche Mattiolo (1525) comprende i buboni suppuranti tra i sintomi del mal francese. Antonio Lecoq (1540) ne parla nei medesimi termini di Nicolò Massa; mentre Fracastoro (1530) e Sebastiano Montio, testimonj ambidue della comparsa e del progresso della sifilide, continuano a descriverli (il primo in un trattato speciale, l'altro nel suo Dialexcon pubblicato nel 1537, quando aveva ottant'anni), come avevano già fatto Marcello Cumano, Benedetti, Leoniceno, Gaspare Torella e parecchi altri, senza comprendere nei sintomi della malattia i buboni suppuranti.

« Quando l'ulcero degli antichi, col bubone suppurante, cominciarono ad entrare nel quadro del mal francese, i trattati di chirurgia cessarono di contenere questi capitoli speciali, che erano prima d'allora destinati alle ulcere contagiose dei genitali ed agli ascessi inguinali. Anche gli scoli uretrali furono compresi tra i sintomi

di sifilide, e modificarono ancora di più il quadro. Finalmente nelle descrizioni del mal franceso, non solo si compresero sintomi affatto stranieri alla sifilide, ma si dimenticò perfino l'andamento regolare di questa affezione.

« Antonio Musa Brassavola, accrebbe ancor più questa confusione; studente laborioso, piuttosto che osservatore sagace, pare che nel suo trattato sul mal francese pubblicato nel 1551, si avesse per scopo di radunare tutti gli errori dei sifilografi di quel tempo, aggiungendone qualcuno di tutta sua fabbrica. Non solo comprese tutte le affezioni veneree nel trattare della sifilide, ma sotto alla sua penna questa affezione perdette la sua fisionomia caratteristica, e venne ridotta ad una semplice raccolta di sintomi succedentisi l'uno all'altro senz'ordine nè regola. Secondo lui, possono comparire i buboni prima degli ulceri sul pene; la sifilide può cominciare indifferentemente con una esostosi, con una eruzione cutanea con dolori nelle ossa, o alopecia o caduta dei denti. Egli va più innanzi ed ammette otto sintomi primarj che egli chiama le forme semplici della malattia, o che unendosi in diverso modo danno un'infinità di combinazioni, ch'egli chiama le forme composte della sifilide e le limita a duecento trentaquattro.

« Brassavola però non sfuggì alla critica severa. Gabriele Fallopio suo allievo, chiamò le sue opinioni, futili invenzioni, e Giuseppe Scaligero non esitò a dire che Brassavola era l'eco del gregge volgare dei medici d'allora: — Cimbalum ineptæ medicorum plebis. — Ma l'errore, se sanzionato da un gran nome, è dannosissimo, poichè molti sono facili ad accettare le opinioni altrui senza critica, e a studiare i libri piuttosto che la natura. Le dottrine di Brassavola quindi, ebbero una certa influenza; e se facciamo eccezione per gli eccellenti trattati di Fernel e di Leonardo Botallo, molte delle opere sulla sifilide comparse nei due secoli seguenti, sono più o meno falsate da queste dottrine. Anche al giorno d'oggi, dopo la pubblicazione degli scritti di Hunter e de'suoi annotatori, abbiamo ancora la scuola di Brassavola. Per convincersi di questo fatto, basta leggere quanto si scrisse sulla sifilide cominciando dal principio del secolo decimonono.

« Eppure dopo il tempo di Brassavola, alcuni autori, a motivo dell'indurimento della base dell'ulcero sifilitico, lo considerarono come lesione distinta dall'ulcera che non è seguita da sintomi ge-

nerali. Così Fallopio (1555) occupa il capitolo ottantesimo primo del suo trattato sul mal francese, nel mostrare che vi sono diverse specie di ulceri; che v' ha una gran differenza tra la caries gallica e la caries non gallica; che la prima precede il mal francese, e non ha alcun nesso coll'ultima, la quale è descritta nei trattati antichi, ed anche in quelli dei medici moderni anteriori all'anno 1495.

« Dopo Fallopio, Antonio Fracanziano (1564) celebre professore a Bologna, dice che l'ulcero che precede la sifilide costituzionale, si può sempre distinguere con facilità da quello che non ha che un'azione locale. — Siquis carie afficiatur norunt non tantum chirurgi, sed et inepti tonsores, num caries illa gallica sit nec ne; hoc vero non nisi ab exustione et sorditie, quæ livido vel nigro colore, et ex callositate innotescit. —

« Anche Nicolò di Blegny nel 1673, parla dell'ulcero indurito; ma non lo ritiene più come gli autori precedenti, di specie distinta, bensì come indizio di imminenti sintomi generali; in ciò, le sue idee concordano con quelle di Ricord al giorno d'oggi ». Il lettore saprà benissimo che Ricord aveva ammessa la diversa natura delle due specie di piaghe primarie fin dall'epoca in cui Bassereau scrisse questa storia.

« Le affezioni veneree che si conoscevano anticamente, furono in tal modo confuse colla malattia comparsa alla fine del secolo decimoquinto, e la storia naturale della sifilide andò sempre più errando nella supposizione che le varietà dei sintomi prodotti per lo più dalla cura, fossero realmente modificazioni del corso della malattia; allora i medici si accorsero che le recenti descrizioni della sifilide non concordavano con quelle date dagli scrittori che furono testimonj della prima comparsa della sifilide in Europa; e siccome pareva impossibile che i primi autori avessero ommesso la blennorragia e i buboni che pei medici della metà del secolo decimoquinto erano diventati gli indizj più frequenti e più comuni di sifilide, si suppose che il tipo della malattia avesse cambiato, e che dall'epoca del suo primo comparire si fossero aggiunti nuovi sintomi. Così Brassavola dice che la gonorrea era un sintomo del mal francese fin verso il 1520; e Gabriele Fallopio che scrisse nel 1555, dice che la gonorrea comparve quindici anni prima come nuovo sintomo di sifilide, palesandocene così la proteiforme natura. — Ultimum signum

est gonorrhoea gallica, signum incipientis morbi quæ nobis indicat istius Protei naturam. — Alessandro Benedetti scrisse più di cinquant'anni prima, che la gonorrea, conosciuta in ogni età, era diventata come epidemica dopo la comparsa del mal francese; eppure, l'asserzione di Brassavola e di Fallopio prevalse; e ripetuta da molti dei successivi sifilografi, diventò per così dire, un dogma classico.

« Anche i buboni furono considerati più recenti degli altri sintomi di sifilide; se ne datò l'origine fino dall'anno 1514, perchè intorno a quel tempo furono compresi da Nicolò Massa, tra le manifestazioni del mal francese.

« Questi pretesi cambiamenti nella malattia, furono base dei favolosi periodi od epoche della sifilide, inventati da Astruc (A. D. 1736), e costituiti da varj elementi, tra i quali accenniamo i seguenti:

« 1. I sintomi delle affezioni veneree anteriori alla sifilide e questa poi annessi;

« 2. Certi sintomi spettanti alla sifilide, come l'alopecia, l'in... stosi, che generalmente comparivano parecchi anni dopo l'in... e che quindi non figuravano nelle prime descrizioni del ma... cese, scritte verso la fine del secolo decimoquinto;

« 3. Certi altri sintomi, come per esempio, le eruzioni pu... che fermarono in modo speciale l'attenzione a motivo de... frequenza e intensità per parecchi anni, sostituite più tard... tre manifestazioni della malattia affatto sconosciute nei p... riodi, ma che acquietarono dopo molta importanza, cioè le... secondo Fracastoro, assai frequenti verso il 1540.

« In tutti questi — periodi — di Astruc, solo un fatto è sc... dalla tradizione medica, cioè il gradato diminuire di inten... sintomi sifilitici, attestato da molti autori degni di fiducia... riesce evidente a chiunque paragona le terribili descrizioni d... malattia fatta nella seconda metà del secolo decimoquinto... quelle di vent'anni dopo, o con altre pubblicate ai nostri...

« Era naturale che le modificazioni delle dottrine profess... chi fu testimonio del primo comparire della malattia in... portassero modificazioni anche nella cura. *Prima del* 1495 l'... ceri dei genitali, i buboni suppuranti *che ne derivano*, come le... varie di vegetazioni e di scoli uretrali, *si ritenevano* affe... puramente locali, e si curavano con *rimedj locali*. Comparso il m... francese, riuscì palese l'insufficienza di *questi mezzi* topici nel...

cura della nuova malattia; ma l'ingegno dell'uomo, sempre fecondissimo di risorse nelle grandi necessità, scoprì tosto nel mercurio un potente modificatore del nuovo flagello; per parecchi anni lo si adoperò in frizioni, e solo nei casi di eruzione conseguente una piaga dei genitali; ma tosto si adottò di ricorrere all'unzione mercuriale, immediatamente dopo il contagio e durante la presenza della lesione primaria, allo scopo di prevenire la comparsa di sintomi generali. Questo metodo fu consigliato pel primo da Giacomo Cataneo, il quale pensò che quel medesimo rimedio che curava l'eruzione pustolosa poteva anche prevenirla. — Hæc enim onctio, absque dubio tale, destruit virus; quod enim unam sanat ægritudinem, ab eadem præservat. —

« Questo saggio precetto, di impiegare la medicatura mercuriale durante la presenza della piaga primaria, allo scopo di prevenire un'eruzione generale, diede tosto origine ai più gravi errori; quando uscì fuori questo precetto, allora i medici cominciarono a non distinguere più tra le due sorta di ulcere, e le trattarono quindi e l'una e l'altra indistintamente col mercurio. Questa pratica dannosa per non dire barbara, si continuò fino ai giorni nostri, e condusse ad una esagerata estimazione dei poteri del mercurio, e lo si somministrò per tre secoli a una gran quantità di pazienti, nella supposizione di preservarli da sintomi dai quali non avevano nulla a temere.

« Ecco spiegato il successo di tutte quelle cure tentate dai ciarlatani come succedanee al mercurio quando lo si somministrava, durante l'esistenza dei supposti sintomi primarj, come profilattico contro le manifestazioni secondarie; poichè se le medesime cure fossero state applicate senza distinzione a individui con gonorrea, ulceri, o buboni, qualunque fosse stato il metodo terapeutico, si avrebbe sempre avuto un gran numero di ammalati esenti da ulteriori affezioni, per la semplice ragione, che i loro sintomi non appartenevano alla malattia comparsa per la prima volta nel secolo decimoquinto, onde non avrebbero infettato l'organismo ».

Così, abbiamo veduta la medicina divergere dalla fede dei primi autori sulla sifilide; l'abbiamo veduta cadere nella massima confusione di idee quanto alle malattie veneree; sarebbe ora interessante tracciarne il ritorno al punto di partenza, e, come si crede, alla vera dottrina; a questo sano indirizzo contribuirono segnatamente,

Hunter, Bell, Charmichael, Babington, Bassereau, Diday, Rollet, Langlebert, Clerc, Fournier, Acton, Victor de Meric, e soprattutti il maestro Filippo Ricord; ma il fare una relazione dei lavori di tutti questi illustri, richiederebbe assai maggior spazio di quello che abbiamo noi; onde ci limiteremo a esporre qualche idea a frammenti, secondo che lo richiederà il bisogno, nelle pagine più innanzi.

Il fatto che le malattie veneree si trasmettono comunemente nella stessa maniera, cioè nell'amplesso sessuale, è forse stata la causa più potente, che produsse e mantenne per tre secoli, tanta confusione di idee sulla loro natura. Come abbiamo veduto, fu questo l'argomento di Giorgio Vella, quando sostenne che dipendevano da un solo e medesimo veleno; e al giorno d'oggi, si può ancora dubitare benissimo che questa idea sia del tutto senza peso. Eppure non ci vuol molto per essere persuasi che non è questa la bas più solida su cui costruire una teoria, quanto alla natura d' qualunque malattia; poichè se l'identità del modo di trasmiss prova l'identità della specie, tutte le malattie che si tra pel medium dell'aria, o in altre parole, tutte le malattie che, si dovrebbero considerare come una sola malattia; si comunicano col contatto, come la scabie, il favo, ecc., e così via, facendone tante sorta, quanti sono i modi di tras[1]

La comunicazione della blennorragia, come mostrò Rollet, ceroide e dell'ulcero vero nell'amplesso, non è che una circo accidentale dipendente da questo, che tali malattie possono pr facilmente gli organi genitali messi a un contatto così intimo quente. Le condizioni dell'atto del coito, sono favorevolissime a minare il contagio; e nello stesso modo si trasmettono frequente tutte le malattie contagiose a principio fisso non volatile, che sede naturale nel nostro organismo, e che possono interessare gli genitali nei due sessi. Le sole malattie che cadono in questa sono la blennorragia, l'ulceroide e la sifilide; in quei paesi do stono altre malattie contagiose a noi straniere, anche quelle municano nell'amplesso e strettamente parlando sono veneree, il radezige e il yaws. La febbre scarlattina, il vajuolo, il billo, ed altre malattie contagiose dipendenti da un veleno vol

[1] De la pluralité des maladies vénériennes, Gaz. Méd. de Lyon, N Apr. 1, 1860.

si trasmettono naturalmente per via degli organi respiratorj. L'idrofobia, il moccio, la vaccina, non sono naturali all'uomo; e quelle malattie contagioso che dipendono dalla presenza di un parassita come, per es., la scabie, il favo, l'erpes tonsurans, non interessano le superficie mucose. [1]

Ma questo non è il solo modo di trasmissione delle malattie veneree, poichè l'infiammazione blennorragica si comunica sovente da un occhio all'altro, pel medium dello scolo congiuntivale, trasportato dalle biancherie ed altre cose d'uso comune; e la secrezione dell'ulcero molle e delle lesioni della vera sifilide, tanto primaria che secondaria, è contagiosa quando sia veramente applicata, in qualsiasi modo, ad una parte del corpo. Nei bambini, il contatto frequente ed intimo colla nutrice, tion luogo di quello del coito negli adulti, e in quell'età, il modo più comune di trasmissione delle malattie veneree è per la mammella; anche gli adulti contraggono spesso la sifilide costituzionale da una lesione primaria o secondária, situata sulla mucosa della bocca, della lingua e delle fauci.

Questa rapida corsa sulla storia delle malattie veneree, ci ha per incidenza fornita prova materiale, che la blennorragia e la sifilide, non dipendono dal medesimo veleno, mostrandoci com'esse abbiano originato in periodi diversi; la prima, fu conosciuta in tutte le età, l'ultima, solo dalla fine del secolo decimoquinto; ma la maggior evidenza della distinta natura di queste affezioni, come delle altre malattie, la si trova nell'osservaziono clinica. Noi diciamo che la febbre intermittente è diversa dalla pertosse, il vajuolo dal reumatismo, la tisi dal morbillo, ecc. perchè in ciascuna abbiamo sintomi diversi e corso e terminazione e suscettibilità all'azion dei rimedj. Ora, in nessuna delle malattie accennate v'ha maggior differenza con un'altra, quanto tra la blennorragia e la sifilide; la prima, è caratterizzata dai sintomi di infiammazione catarrale, comuni alle membrane mucose, non infetta l'organismo, va soggetta a complicazioni che per la maggior parte hanno sede in organi in diretta comunicazione coll'uretra, per mezzo della membrana mucosa — come per esempio, il testicolo, la vescica e la prostata; corrisponde ad una cura locale, e termina in risoluzione colla perfetta salute; l'altra invece, comincia con un'ulcera seguita da una lunga serie

[1] Rollet, op. cit.

di sintomi generali, le sue complicazioni stanno per lo più nel sistema linfatico, il mercurio e l'iodio ne sono i principali rimedj, ha effetti sull'organismo, se non permanenti, per lo meno di lunga durata.

Non mi si opponga che le premesse comprendono quanto si tentò di provare, solo si è fissata una norma semplice, quale la danno i risultati dell'osservazione clinica. Le differenze, che io accennai caratterizzare le due malattie nel maggior numero dei casi, e la prova addotta dai sintomi, dal corso e dalla terminazione, bastano, come in tutte le altre malattie, a stabilirne il carattere distinto. Nei casi eccezionali, quando una malattia sembra confondersi con un'altra, noi cerchiamo e troviamo per lo più una sufficiente spiegazione, quantunque sovente si cada in errore; ma non ne deduciamo peraltro, che la linea che distingue l'una dall'altra, sia af-[illegible] fatto scancellata.

Chiunque vuole, si metta a tener dietro, fin dal principio [illegible] una serie di casi di blennorragie; si assicuri sempre che [illegible] stituzione non fu già infetta da sifilide, esamini diligentemente [illegible] che non si trovi alcun ulcero su tutto il corpo, si assicuri [illegible] pazionti non contraggano in seguito qualche lesione primaria [illegible] persuaderà pienamente della distinta natura della blennorragia [illegible] quasi tutti i casi, riferiti come prova dell'identità della blennorragia e della sifilide, il modo di investigazione, fu tutto all'opposto di [illegible] che ho accennato. Il paziente non fu visitato dal medico [illegible] comparsa dei sintomi generali, e l'anamnesi del caso non [illegible] sata che sulle parole del malato. Ora, queste storie sono [illegible] senza valore, per la semplice ragione che il paziente, a meno [illegible] non sia medico, è testimonio incompetente in una questione [illegible] non conosce affatto. Egli può asserire, onestamente del resto [illegible] il solo sintomo precedente fu un attacco di blennorragia, e pure [illegible] ch'egli lo sappia, può aver avuto un ulcero dentro l'uretra, [illegible] che sulla superficie esterna dei genitali (giacchè la forma [illegible] ficiale dell'ulcero primario è per lo più accompagnata da [illegible] così leggieri da sfuggire inosservata), o può aver avuto [illegible] sione primaria in qualche rimota parte del corpo, senz'[illegible] accorto; in molti casi, le ricerche diligenti conducono a verifi[illegible] una o l'altra di queste supposizioni. V'hanno ancora altre fo[illegible] di errore troppo numerose per parlarne qui, ma che tratteremo meglio più innanzi.

Ricord pensò di dare un'altra prova della distinta natura della blennorragia e della sifilide, coll'inoculazione artificiale. Inoculò la secrezione blennorragiica sul paziente ed ebbe un risultato negativo; il medosimo esperimento, fatto com'egli suppose colla secrezione di un ulcero, ebbe successo; donde egli conchiuse, che l'inoculazione artificiale sulla persona affetta, ci avrebbe guidati a distinguere lo scolo uretrale blennorragico dallo scolo derivante da un ulcero nascosto. Egli trovò poi, che un vero ulcero non è auto-inoculabile, e che quindi, le inoculazioni con successo, sugli individui dai quali fu presa la materia, devono essere fatti col virus di un ulceroide. Ne segue, quanto alla possibilità dell'inoculazione sul paziente medesimo, che l'ulcero vero è precisamente al medesimo punto della blennorragia; nè l'uno nè l'altra sono auto-inoculabili; questa prova sulla quale insistette Ricord, quantunque non sua originale, risultò fallace.

In linea pratica si deve rigettare l'idea dell'identità della blennorragia e della sifilide. Quantunque in alcuni trattati sulle malattie veneree, si trovi ancora questo errore, tal quale si mantenne per tre secoli, è però un corpo senza vita; per quanto dicano i suoi sostenitori, si può essere sicuri, che nessuno di loro addotterà questi principj in pratica e tratterà la blennorragia col mercurio. Diday [1] addusse la testimonianza di tre interni dell'Hôpital du Midi, in prova del fatto che Vidal, uno dei più accaniti difensori moderni della natura sifilitica della blennorragia, tratta sempre questa malattia come una semplice infiammazione, senza mercurio.

La distinta natura dell'ulceroide, come quella della blennorragia, è sostenuta dall'osservazione clinica e dalla storia; ma la discussione di questo argomento la riserbo al primo capitolo della seconda parte dell'opera, dove tenterò di mostrare che l'ulceroide e la sifilide mantengono i loro caratteri rispettivi, nelle successive trasmissioni da una persona all'altra; e che il carattere della distinzione che v'ha tra loro due, è fondato sul medesimo principio su cui riposa la classificazione del regno animale e vegetale, voglio dire: la perpetuità della specie.[2]

[1] Nouvelles doctrines sur la syphilis, p. 100.

[2] I fatti enunciati in questa rassegna storica, emergono con tutta chiarezza, dagli innumerevoli documenti raccolti e pubblicati nei recenti lavori, e ci forniscono un tale corredo di notizie, da farci vedere chiaramente una

Io intendo di dividere l'opera in due parti: la prima destinata alla blennorragia e alle sue complicazioni; la seconda all'ulceroide e sue complicazioni, ed alla sifilide.

nuova malattia nella epidemia del 1494, la sifilide del giorno d'oggi, quando però si tenga calcolo della progressiva diminuzione d'intensità dei sintomi; ciò sappiamo da autori degni di fede, e ce ne possiamo assicurare, paragonando le descrizioni spaventose che ci vennero date dai medici d'allora, colle attuali manifestazioni.

Per questo, io credo provata ad evidenza e l'origine moderna della sifilide e l'antichità della malattia venerea. La conoscenza della storia di queste malattie non è come si credeva, di interesse puramente speculativo, di lusso scientifico; nello studio di esse, noi troviamo [illegible] delle distinzioni, in apparenza moderne, tra le malattie vener[illegible] tiche, tra l'ulcero molle e l'indurito, troviamo la conferma della contagiosità delle forme costituzionali e del sangue dei sifilitici, [illegible] furono considerate come temerarie innovazioni, ma che din[illegible] contro un ritorno al 1500; e bene a ragione il dottor Bumst[illegible] lo spirito medico viaggiò in un circolo, e compiuto il giro, [illegible] luogo da dove si era dipartito. Ecco dagli stessi stranieri, [illegible] alle opere dei medici Italiani della prima metà dell'evo mod[illegible] cipue moderne credenze in fatto di sifilografia.

Di minore importanza al certo, è la conoscenza dell'origine [illegible] od Europea della sifilide. L'autore propende per la derivazio[illegible] ed infatti dal bilancio degli argomenti, raccolti dagli storici [illegible] dici che si vollero occupare del soggetto, alcuni sostenendo che [illegible] tia nacque primieramente nel nostro continente, e che fu poi [illegible] zione di Colombo portata nell'America, altri asserendo che la [illegible] venne dal nuovo mondo, argomenti che io mi asterrò dall'esporre [illegible] troppo numerosi e di nessun interesse scientifico, pare lecito di [illegible] vere il popolo indiano della calunnia, che alcuni istoriografi hanno [illegible] contro di esso, di avere cioè arricchito d'una funesta malattia [illegible] grafia d'Europa; ad ogni modo però, questa vertenza non è ancora [illegible] definitivamente.

La nosogenesi poi della sifilide, resta tuttora per gli uomini [illegible] un mistero, e bisogna ancora conchiudere col Voltaire: la [illegible] comme les beaux-arts, on ignore quel en a été l'inventeur.

A. Ricord[illegible]

PARTE PRIMA

BLENNORRAGIA E SUE COMPLICAZIONI

CAPITOLO PRIMO

BLENNORRAGIA.

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI. — La malattia più frequente
quelle che hanno origine dall'amplesso sessuale, è un'affezione
certe membrane mucose, il sintomo saliente della quale è ma
sciuta secrezione e scolo della superficie malata. Questa
s'ebbe diversi nomi, derivati dalle idee prevalenti sulla
dalla secrezione. Nei primi periodi della storia sulle Malattie
neree, si suppose che la perdita fosse di seme, onde la ma
chiamò gonorrea, da γονη sperma e ῥεω fluisco; nome ancora
fra gli scrittori, non ostante l'origine sua da una falsa supposiz
I francesi chiamano quest'affezione — blennorrhagie, — o fl
muco, espressione anche questa incorretta poichè lo scolo non c
di solo muco, ma di muco mescolato con pus. Popolarmente si
— clap — dagli Inglesi, — chaude-pisse — dai Francesi.

Le membrane mucose che più facilmente vanno soggette a
norragia sono quelle degli organi genitali dei due sessi, e l
giuntiva oculare. Gli autori citano anche blennorragie del
della bocca, del naso, dell'orecchio esterno; ma sono for
dubbia esistenza. La più certa è forse la blennorragia de
e del retto, quantunque assai rara, anche in paesi dove son
quenti gli atti contro natura; non possiamo però comprender
i casi, nei quali l'ano è semplicemente escoriato per uno scol
l'uretra o dalla vulva, senza che la malattia sia propagata al r
I casi citati di blennorragia della bocca, del naso e dell'orec

1 COCKBURNE (The Symptoms, Nature, Cause, and Cure of Gonorrho
London, 1715) stabilì pel primo che la gonorrea non è un flusso di seme.

esterno sono assai pochi, e tutti possono essere soggetto di serie questioni, come per esempio il caso di supposta blennorragia del naso, citato da Edwards [1], nel quale è assai dubbio se la malattia fosse di tale origine, ovvero una semplice affezione catarrale. Diday cita alcuni esperimenti che ponno rischiarare questo punto, quantunque leggendoli ci sembra strano come un medico possa presumere di ripeterli o un paziente di sottomettervisi; egli dice: — Spesso (otto o dieci volte almeno) in via di esperimento, bagnato l'estremità del dito mignolo nello scolo uretrale di ammalati con gonorrea, quando la gonorrea toccava al periodo più acuto, applicai il dito sulla mucosa del naso, dentro di una narice, ma non risultonne mai il più piccolo grado di infiammazione della parte. [2]

Ma se ricordiamo quanto frequentemente la materia blennorragica, applicata per mancanza di nettezza alle narici od alle labbra, abbia tosto destata infiammazione della congiuntiva oculare, lo scarso numero di casi di sospetta blennorragia nasale e buccale ci deve convincere, senza la necessità degli esperimenti di Diday, che certe mucose sono più facili delle altre a contrarre tale affezione [3] troviamo in ciò una certa analogia con un fatto che recentemente destò molta attenzione, che cioè, non tutte le parti

[1] London Lancet, Giugno 1857.

[2] Annuaire de la syphilis, anno 1858.

[3] Le blennorragie di natura venerea, della bocca, del naso e dell'ano, sono entità patologiche, risultanti piuttosto da speculazioni di gabinetto che dalla pratica osservazione. Anche i più recenti scrittori di malattie veneree, o non fanno menzione di queste pretese affezioni, oppure ne discorrono in modo così vago e succinto, sfiorando l'argomento, come chi non può parlare in pratica propria. Si concepisce come tutte le membrane mucose mucipare, possano esser sede di blennorragia, ma un risultato contro il quale è inutile qualunque ipotesi, si è che non esistono ancora nella scienza fatti certi, di blennorragia della bocca, del naso o dell'orecchio: e sì che la depravazione non cessa di rinnovare le arti oscene di Crispa e dello Zoilo di Marziale. Gli scoli che si osservono provenire da questi atrii sono consecutivi alle pustole mucose, alle emorroidi; dipendono da vizii erpetici o scrofolosi o da ulcerazioni primarie o costituzionali. Su più di trenta patici di diverso sesso ed età che ho esaminati attentamente, non mi fu dato di riscontrare una sol volta, una blennorragia anale; se vi era un leggiero scolo, dipendeva dalle cause che sopra esposi; in una ragazza, nella quale lo scolo era piuttosto abbondante, ed aveva caratteri non dissimili del blennorragico, una attenta ispezione fece rilevare appena al disopra dello sfintere interno, la cavità d'un ascesso apertosi spontaneamente, che manteneva il flusso muco-marcioso, ascesso causato con tutta probabilità dai ripetuti atti contro natura.
A. Ricordi.

del corpo sono egualmente suscettibili delle due varietà di ulcere; l'ulceroide non si trova mai sulla testa e sulla faccia, quantunque vi si possa fissare coll' inoculazione artificiale. La ragione della preferenza di queste malattie per certe località, ci sfugge.

I sintomi e la cura della blennorragia variano secondo che la malattia è nell'uomo o nella donna, e secondo la parte di mucosa interessata; conviene quindi trattare di tale affezione secondo questi corrispondenti casi.

L'uomo contrae la blennorragia più facilmente della donna; e in un dato numero di casi di blennorragia, la maggior parte delle volte la malattia ha sede nell'uretra. I casi di scolo uretrale del-l'uomo sorpassano il numero d'ogni altra forma di blennorragia nei due sessi presi insieme. Le spiegazioni di questo fatto emergeranno considerando le cause e la natura della blennorragia.

SINTOMI. — I sintomi della blennorragia uretrale nell'uomo [illegible] minciano generalmente tra il secondo e quinto giorno dopo [illegible] plesso; però in casi eccezionali, tardano fino al settimo, ed al [illegible] al quattordicesimo giorno; il palesarsi dopo questo tempo [illegible] asseriscono alcuni autori, si può spiegare, io credo, coll'an[illegible] che le prime manifestazioni della malattia, passarono inos[illegible] Da principio, i sintomi sono assai leggieri; non sono che [illegible] comoda sensazione di solletico all'estremità del canale, [illegible] apertura è più rossa del naturale, e umettata da una picco[illegible] tità di fluido viscido, scolorito, che appiccica l'uno all'altro [illegible] del meato. Questo umore del canale cresce a poco a poco [illegible] che la pressione ne raccoglie una goccia all'orificio; al tempo [illegible] comincia a perdere di limpidezza, e prende una tinta lat[illegible] Esaminato al microscopio, lo si trova composto di muco [illegible] buli di pus, proporzionati in numero, all'intensità di colo[illegible] perdita. Il paziente accusa bruciore alla parte anteriore del [illegible] durante il passaggio dell'orina.

Tali sono i sintomi del primo periodo dell'uretrite blennor[illegible] La causa eccitante della malattia si fissò su quella parte [illegible] nale che sta vicina all'orifizio esterno e che è la più espo[illegible] contagio; l'infiammazione conseguente si andò sviluppando in [illegible] parte senza estendersi al di là della fossa navicolare. Questo [illegible] periodo dell'uretrite blennorragica si chiama spesso — periodo di in[illegible]

cubazione; — espressione contrastabile, giacchè il processo infiammatorio cominciò senza dubbio quando venne depositata la causa eccitante; si richiede un certo tempo perchè questa abbia pieno effetto, e i primisssimi sintomi si manifestano lentamento e grado grado. È da preferirsi l'espressione di periodo primo o preparatorio.[1] Importa assai il ricordarsi i sintomi di questo periodo, come anche il fatto, che la malattia si limita alla parte esterna dell'uretra poichè, come vedremo più innanzi, si deve spiegare quì un metodo di cura più rapido, di quanto non si possa fare nei periodi seguenti.

Il primo periodo dell'uretrite blennorragica termina per lo più in due o quattro giorni. I sintomi vanno crescendo di intensità,

[1] Il periodo di incubazione è proprio solamente delle malattie virulente, e taluni scrittori hanno così chiamato quel tempo che scorre tra l'applicazione dei principii virulenti, ed i loro primi effetti sulla economia. Coloro che ammettevano identità tra ulcero e blennorragia, dovevano necessariamente, per non contraddire alla propria teoria assegnarle un periodo incubatorio, non solo, ma dare a questo periodo una grande importanza. Epperò gli venne fissato un termine, a vero dire, un poco troppo elastico. Dice Hunter, che nella gonorrea l'epoca d'apparizione varia moltissimo; in qualche caso l'effetto si produsse in capo di poche ore, mentre in altri scorsero sei settimane prima della manifestazione dei sintomi: che però il termine medio è di sei, otto, dieci o dodici giorni. Bell parla di un periodo incubatorio che durò cinquanta giorni; Cullerier e Ratier d'un'altro di cinque mesi. È evidente che la manifestazione dei fenomeni della blennorragia appare un tempo più o meno lungo dopo l'azione della causa, ma questo non succede in quasi tutte le infiammazioni? non passa un certo lasso di tempo, come dice Ricord, tra il raffreddamento dei piedi e la corizza? chi può rimontare alla causa diretta d'una polmonia, d'un'artrite, d'un flemone? Quando la blennorragia non è dipesa da applicazione di muco-pus blennorragico, ma da cause infiammatorie comuni, abuso di certe bevande, di certi cibi o medicamenti, dove si vorrà prendere il principio virulento? come si spiegherà una vera incubazione? Si può dire che il periodo preparatorio è esagerato da quei malati i quali non soffersero i primi giorni, e non ebbero lo scolo abbondante o colorato; in questo modo, viene sconosciuto il vero esordio della malattia. Alcune blenorragie e sopratutto quelle che provengono da un coito ripetuto, si annunciano già nelle prime 24, o 36 ore, per una modificazione di sensibilità uretrale, e poco dopo comincia lo scolo; ordinariamente però i veri fenomeni flogistici non si manifestano che al 5 o 6 giorno, nel quale la materia puriforme è in maggior quantità della mucosa. Questo primo periodo adunque, non si deve attribuire all'opera di una incubazione propriamente detta ma piuttosto al tempo che necessariamente deve scorrere tra l'applicazione della causa e l'effetto risultante; che se questo effetto non si produce sempre nell'egual spazio di tempo, si è perchè non sempre eguale è la forza d'azione della materia irritante, non sempre eguale è nei varii individui la disposizione e la suscettibilità delle mucose sulle quali ebbe agito la causa. A. Ricordi.

fino a che dopo una settimana circa dell'amplesso, si può dire co-minciato il secondo periodo od infiammatorio. Esaminato allora il pene, troviamo la mucosa del glande rossa ed irritata; tutta l'e-stremità dell'organo gonfia, così che il prepuzio è meno lasso e scorrevole del normale; in qualche caso anzi è rigonfiato per edema del tessuto cellulare, e vi può essere fimosi con impossibilità di scoprire il glande.[1] Il rossore infiammatorio è specialmente notabile in vicinanza del meato, i labbri del quale sono gonfiati in modo da ridurre il calibro dell'orifizio. Lo scolo è copioso fino a sgoc-ciolare dal pene intanto che esaminate il paziente eretto davanti a voi, è denso, di color latte giallognolo, e spesso colorito in verde. Questa tinta verdognola, come nello sputo polmonico, dipende dalla mescolanza con corpuscoli di sangue, i quali possono essere suffi-cientemente numerosi da dare il colore caratteristico del sangue. [illegible] Quasi tutto il pene, ma segnatamente sotto, lungo il canale, [illegible] sai sensibile e alquanto doloroso alla pressione.

Nell'emettere le orine il paziente accusa un dolore intenso [illegible] ora non è limitato alla parte anteriore del canale, ma a [illegible] verga anteriore allo scroto, e in certi casi anche più profonda[illegible] Il dolore nell'orinare è qualche volta assai grande; da [illegible] zione di un ferro caldo introdotto nell'uretra; onde il popo[illegible] cese chiamò *chaude-pisse* questa malattia; tale dolore [illegible] stato in parte dalla irritazione che producono su una ma[illegible] straordinariamente sensibile, i sali contenuti nell'orina, ma [illegible] mente io credo, dalla distensione del canale contratto e [illegible] distensione causata dal fluire dell'orina;[3] durante l'emissione [illegible]

[1] Questo fimosi infiammatorio, al quale allude il Bumstead, l'[illegible] vato più volte ma solo in quei malati che per incuria, lasciavano [illegible] scolo blennorragico stanziasse nel cul di sacco della congiuntiva [illegible] ed aveva dato luogo alla balano-postite. Questi ammalati avevano [illegible] dinariamente un fimosi congenito di primo grado. A. R. [illegible]

[2] Il color rossigno che talvolta assume lo scolo blennorragico [illegible] misto a sangue, era ritenuto a torto un segno patognomonico [illegible] Richerand descrive uno scolo di color cupreo; F. S. Ratier nel [illegible] di Medicina e Chirurgia pratica, costituisce una entità patologica [illegible] norragia rossa. A. Ric[illegible]

[3] Io inclinerei a credere che il dolore sia dato per la massima [illegible] passaggio dell'orina, in primo luogo perchè nei casi in cui l'affezione [illegible] norragica ha guadagnato tutta l'uretra ed il collo vescicale, e [illegible] casi [illegible] bligano il malato a frequenti minzioni, il getto dell'orina, è debole e scarso; essa fluisce quasi a goccia a goccia e non distende certam[illegible]

il paziente involontariamente rilascia le pareti addominali, espira quant'aria tiene nei polmoni, e tien sollevato il diaframma onde diminuire la pressione sulla vescica, e diminuire il volume e la forza della corrente. Essendo l'uretra contratta o più o meno impedita dalla secrezione purulenta, la corrente esce qualche volta biforcata, o irregolare in qualsiasi modo.

Altra fonte di dolori in questo periodo dell'uretrite blennoragica sono le erezioni notturne, che si risvegliano facilmente col tepore del letto. Gli organi genitali si trovano in una condizione sensibilissima, onde si eccitano assai facilmente per sogni lascivi, o pel contatto delle coltri, o per la vescica distesa, o indipendentemente da queste cause, si mettono in erezione per la medesima ragione che anche in salute l'erezione succede tanto facilmente nel sonno. In tale stato il pene si piega ad arco colla concavità inferiormente e costituisce la così detta incordatura; [1] condizione spiegabile assai facilmente; l'uretra, sede principale dell'infiammazione, decorre lungo la superficie inferiore del pene; intorno a questo canale si raccoglie un'effusione di linfa plastica, la quale agglutina fra loro i tessuti, e rende questa parte di pene meno estensibile del resto costituito dai corpi cavernosi; nell'erezione, il corpo spongoso che circonda l'uretra, non potendosi arrendere alla distensione, agisce come corda di un arco, e si ha la incordatura; la distensione delle parti così aderenti eccita un dolore qualche volta fortissimo. Il paziente, destandosi dal sonno, istintivamente afferra il pene e accresce la curva per diminuire lo stiramento della superficie inferiore. Succede sovente che durante uno di questi accessi di incor-

molto il lume del canale uretrale, poi perchè gli ammalati di blennuretria, che come nel caso summenzionato, qualche volta abbisognano dell'applicazione del catetere per l'evacuazione della vescica, accusano minor dolore nell'introdurre la siringa anche di discreto calibro, che non nell'estrarla, nel qual caso una piccola quantità di orina, viene a contatto colle pareti uretrali, oppure nelle minzioni dei giorni precedenti quando l'orina evacuavasi senza il soccorso chirurgico.

A. Ricordi.

[1] Nella incordatura, qualche volta il pene conserva la sua direzione ordinaria. La curva in basso raramente è laterale; Bell, e Vidal osservarono anche l'incordatura, colla concavità superiormente: probabilmente in questi casi, i due corpi cavernosi del pene non avranno potuto distendersi completamente per l'infiammazione dei linfatici dorsali.

A. Ricordi.

coprendoli ogni giorno colla tintura di iodio, distesa sulla pelle con un pennello. Non è che nei soggetti scrofolosi, o per qualche violenza o per eccesso di fatica, o per depressione generale, che hanno molta tendenza a suppurare. Conobbi un individuo con uretrite blennorragica il quale dopo un eccesso di fatica in occasione di un naufragio, s'ebbe un bubone suppurante che lo tenne a letto per sei mesi.

L'infiammazione dei vasi linfatici che scorrono lungo il dorso del pene è un'altra complicazione del periodo acuto dell' uretrite blennorragica, o la si incontra anche cogli ulceri semplici. La si deve distinguere, come vedremo appresso, dall'indurimento di questi vasi che accompagna spesso un ulcero indurito. — La prima occupa i medesimi vasi e la medesima sede, e presenta le medesime forme della seconda, ma la si distingue da questa per varj caratteri:

1.° Dà al tatto la sensazione di una corda ipertrofica, olastica ma non cartilaginea.

2.° Il tessuto cellulare che connette i vasi generalmente partecipa all'infiammazione, e così lega insieme in un cordone la vena dorsale, i linfatici e l'arteria, in modo che riesce difficile il distinguere i linfatici dai vasi sanguigni.

3.° Ne deriva un dolore per lo più grave, con ingrossamento e rossore visibili lungo il corso dei vasi infiammati, cagionati dal propagarsi dell'infiammazione alla pelle.[1] — L'infiammazione dei linfatici del dorso del pene, determina qualche volta l'incordatura colla concavità dell' arco superiormente.

Il secondo periodo dell' uretrite blennorragica, ha una durata diversa secondo i diversi soggetti. Per lo più, dura da una a tre settimane, essendo che subisce le influenze della costituzione del paziente, del modo di vita o del numero di volte che precedette un'uretrite. Succede poscia il terzo periodo o declinante, non distinto da segni speciali, e caratterizzato dal cessare dei sintomi più acuti, piegando verso la guarigione. Lo scolo subisce le medesime fasi cominciate dall' esordire della malattia, ma con ordine inverso; il fluido si fa sempre meno purulento, ritorna quasi affatto mucoso e scompare. L'indizio di maggior valore che segna questo periodo

[1] Bassereau: Affections de la peau symptomatiques de la syphilis, pag. 160.

dell' uretrite blennorragica è la diminuzione o cessazione del dolore nell' orinare. Le erezioni doloroso e l' incordatura, possono mantenersi anche dopo cessata l'infiammazione acuta, poichè ci vuole maggior tempo, prima che la materia plastica effusa intorno all' uretra venga assorbita.

Nel corso di un' uretrite blennorragica, la malattia va gradatamente estendendosi dalle parti esterne allo parti più profonde del canale, e quando arriva là, inclina assai a mantenervisi per un tempo indefinito. Quando lo scolo durò parecchie settimane si può ovacuare tutta la porzione spongosa, promendola dall' indietro all' innanzi, anteriormente allo scroto, e più tardi cominciando anche dal perineo. In alcuni casi l'infiammaziono si estende alla mucosa della vescica.

La durata del periodo terminale dell' uretrito blennorragica è quasi sempre più lunga dei precedenti. Può essore abbreviato colla cura, ma abbandonato, dura per settimano e mesi. L'uretrite blennorragica è malattia che indipendentemento della cura, raro volte cossa prima dei tre mesi.

Essa ha puro qualche influenza sul generale dell' organismo, influenza diversa assai nei diversi individui, e nelle diverse volte che succede sul medesimo individuo. In qualche raro caso si ha eccitamento febbrile durante il periodo infiammatorio indicato dai soliti segni: dolor di testa, pelle arida, polso pieno, lingua sporca, ecc. Il disturbo generalo però è poco, ma passati i sintomi acuti, la malattia tende a deprimere l' organismo; è questo un fatto da tenersi presente per la cura.

La prima urctrite blennorragica è in genero più acuta che non le successive, le quali sono o subacute o croniche, derivate dalla prima; sono anche assai meno impressionabili dai rimedj ed hanno una tendenza speciale a voltarsi nella goccetta.

Si citarono casi di uretrite senza scolo, colla prosenza di tutti gli altri sintomi di uretrite, conseguente a coito impuro; si chiamarono uretriti secche od asciutte. Dubito assai che questo affezioni fossero prive affatto di scolo per tutto il loro decorso, ma comprendo però benissimo un' infiammazione della mucosa dell' uretra, rassomigliante all' orisipela cutanea, nella quale la secrezione sia per un certo tempo leggiera, e non avvertita se non dietro un esame diligente dell' orina. Col rimettere dell' infiammazione però, io mi

aspetto di trovare tracce palesi della secrezione. Abbiamo qualche volta sintomi analoghi nelle infiammazioni della membrana pituitaria. Il Dr. Beadle riferisce due varietà di questa uretrite nel New York Journal of Medicine and Surgery, oct. 1840.[1]

Cause e Natura dell' Uretrite Blennorragica. — Ognuno sa che l'uretrite blennorragica nell'uomo, procede il più delle volte da contagio diretto, o in altre parole, dall'amplesso di donna affetta della medesima malattia. Ma v' ha un'altro modo di origine ammesso da quasi tutti gli autori, quantunque raro, quantunque v' abbiano opinioni contrarie sulla maggiore o minor frequenza; voglio dire l'urctrite che si contrae nell'amplesso di donna che si trovi precisamente prima, durante, o dopo il periodo della mestruazione, o di donna leucorroica, e in pochi casi, anche quando non si trova nulla di anormale negli organi genitali femminili, quando la malattia nell'uomo non si possa attribuire che al carattere irritante delle secrezioni vaginale ed uterina.

Io mi sono convinto con una osservazione assai estesa, che l'uretrite così originata sia assai frequente. D'una cosa sono assolutamente certo, che un uomo, dopo aver usato con sicurezza per mesi ed anni colla medesima donna, può contrarre l'urotrite negli amplessi della medesima, e senza che nessuna condizione nei genitali di costei ci spieghi questo fatto. Mi occorrono spessissimo casi, di uomini che usarono impunemente con una donna e prima e dopo che la medesima comunicasse ad altri l'uretrite blennorragica; o, meno frequentemente, di un uomo, che dopo aver usato

[1] La così detta blennorragia secca, denominazione abbastanza impropria, era secondo Swediaur, una infiammazione dell'uretra alcune volte tanto forte che la sua superficie interna e gli orificii delle glandule che la tapezzano non fornivano alcune secrezione come si osserva qualche volta nella flogosi della mucosa delle vie aeree. Non vi sono nella scienza, fatti autentici di uretriti che in tutto il loro decorso non abbiano mai dato lo scolo. Questa specie di uretrite, rare volte solamente, verso la sua fine o sul principio, presenta la particolarità, di assenza di scolo, la qual cosa costituisce un carattere passaggero e non un carattere essenziale della malattia. Cullerier e Ratier citano un bel caso di quest'uretrite, nel quale verso la fine del decorso di una blennorragia, benchè vi fossero tutti gli altri sintomi proprii a questa malattia, mancò il patognomonico. Dunque propriamente parlando, non havvi una uretrite senza scolo, ma una uretrite con un periodo di secchezza.

A. Ricordi.

impunemente colla medesima donna, per lungo tempo, contrae l'uretrite senza che nulla di insolito si manifesti in lei, e guarito, riprendere la medesima relazione senza inconveniente alcuno. La frequenza di tali casi, non mi lascia alcun dubbio che l'uretrite blennorragica dipenda sovente da cause accidentali, e non da contagio diretto.

In molti dei casi riferiti, la donna, o è gracile, od ha ingorgo del collo uterino, o qualche po' di leucorrea, o una combinazione di questi sintomi; ma la sua storia precedente, e l'impunità colla quale si godette per lungo tempo de' suoi favori, toglie l'idea che la sua perdita sia il resto di una pregressa blennorragia alla quale si debbano le attuali proprietà contagiose; ma questa spiegazione non comprende quei casi nei quali non v'ha traccia alcuna di leucorrea, e gli organi genitali, esaminati diligentemente, ci si presentano perfettamente sani, quantunque l'amplesso intorno al tempo della mestruazione, abbia dato origine ad uretrite nell'uomo.

Si tentò qualche volta di tagliare il nodo di tale questione, coll'asserire che in questi casi la malattia fu contratta per causa diversa da quella citata, e si mette sempre innanzi la proverbiale mendacità dei venerei.[1] Nessuno argomento quindi sarà accettato da costoro; ma per una mente spassionata, il parere di uomini come Ricord, Diday ed altri, che sostengono l'opinione da noi addotta, e che certo non ignorano le fonti di errori che stanno intorno all'eziologia delle malattie veneree, ha un gran peso, e conduce all'imparziale investigazione di fatti, che non ponno essere seguiti che da una conclusione sola. Quanto a me posso assicurare, che proseguendo le ricerche che mi condussero a credere nella fre-

[1] Le migliori basi della dottrina e della pratica, sono la buona osservazione, e la retta interpretazione dei fatti; ma le difficoltà che esse offrono in patologia sono aumentate di gran lunga, se vengono applicate al diagnostico delle malattie veneree, giacchè l'umana credulità che ha sparsi tanti errori nelle scienze, ha nuociuto moltissimo alla loro diagnosi. Ricord nelle sue opere ce lo ha dimostrato brillantemente. Però la mendacità dei venerei, fu al certo di troppo esagerata, principalmente da coloro, che vedevano tutti i fatti attraverso il prisma della propria teoria. Alcuni ammalati si trovano in circostanze tali, da poter dare di loro un conto degnissimo di fede, e per la loro intelligenza e per la cura che prendono della propria persona, e soprattuto perchè non spinti ad ingannare il medico, da timore, da vergogna od interesse.

A. RICORDI.

quenza dell'uretrite blennorragica indipendente da contagio, non incontrai certamente un solo caso, nel quale la morale certezza non fosse evidente; che un certo numero de' miei pazienti erano medici ed amici intimi, e i loro peccati contro la morale mi erano pienamente noti, onde non avevano nessun motivo per nascondermi cosa alcuna, e che in costoro l'inganno o l'errore, o fu assai improbabile o impossibile. È inoltre sbagliato il supporre, che in tali ricerche, noi ci troviamo affatto dipendenti dall'onestà e dalla verità dei pazienti, poichè ad un medico che ha un'estesa pratica in una città, occorrono mille sorgenti di fortuite evidenze e di singolari combinazioni che sono prove, testimonianze, nei casi di persone affatto sconosciute l'una all'altra, le quali cose impediscono completamente ogni via all'errore.

Il maggiore ostacolo ad ammettere l'uretrite blennorragica indipendente dal contagio, parmi essere la poca frequenza dell'uretrite negli uomini maritati, paragonata alla frequenza della leucorrea nelle loro mogli. Ma anche i mariti non vi sfuggono sempre, come è provato da casi indubitabili occorsi nella pratica mia e di miei colleghi. Come essi ne siano affetti meno frequentemente, è abbastanza spiegato dall'immunità contro ogni semplice irritante, conferita dal costante o ripetuto esporvisi, per il che si acquista l'acclimamento come dicono i Francesi. Il medesimo fatto si osserva, quando nè la chiesa nè la società, hanno sanzionati i nodi maritali; poichè non è generalmente il solo individuo che frequenta di solito una data donna affetta da leucorrea, che ne rimane segnato, bensì qualche nuovo venuto, che ne gode i favori per la prima volta.

Molti casi di uretrite da leucorrea o da flusso mestruale, non presentano tali sintomi caratteristici, da poterli distinguere dalle uretriti derivate da contagio. Si asserisce spesso il contrario, o si dice che la prima classe di uretriti si riconoscono alla mitezza dei sintomi, alla breve durata della malattia, ed alla mancanza di proprietà contagiose. [1] Io conosco benissimo gli scoli uretrali leggieri

[1] È un'asserzione gratuita, mancante d'osservazione, e di sperimento: coloro che la sostennero, non avrebbero di certo portato nella loro uretra, il muco-pus di blennorragie da loro diagnosticate appartenenti alla classe di quelle riportate per leucorrea, ammesso che si possa farne la diagnosi differenziale.

A. Ricordi.

tro all'amplesso di donna leucorroica, non accompagnati da sintomi di infiammazione acuta e che scompajono in pochi giorni; ma tali esempj sono assai meno frequenti dei casi, nei quali la malattia è egualmente persistente e facile alle complicazioni, come qualunque caso di uretrite da contagio. Molte delle uretriti ostinate, che mi occorsero di origine leucorroica, terminarono in goccetta che durò qualche mese.

Coloro che sostengono il carattere non contagioso dello scolo uretrale di origine leucorroica, non sanno addurre prova alcuna in appoggio del loro assunto, e si può essere sicuri, che nessuno di essi, vorrà fare una pratica applicazione delle proprie teorie. Il carattere contagioso della secrezione leucorroica è già provato coll'esistenza di questa malattia nell'uomo; ora, perchè questa proprietà non si manterrà la medesima, per qualunque numero di trasmissioni dall'origine? Tale supposizione è sostenuta dall'analogia, poichè non v'ha fatto più conosciuto per sicuro, che una congiuntivite può comunicarsi da un individuo all'altro fino ad infettare una famiglia intera, o tutta una scuola. Nei nostri stabilimenti pubblici per le malattie oculari, tali esempj sono comunissimi, e i medici dei nostri asili infantili conoscono benissimo, quanto v'abbia difficoltà a sradicare la congiuntivite muco-purulenta, una volta che si sia sviluppata nei ricoverati. In un ricovero d'orfanelli del quale era medico il mio amico Dr. Leaning, questa malattia fu introdotta da un solo fanciullo proveniente da Randall's Island, e si inoculò su altri ventidue fanciulli, prima che la si potesse arrestare. Basta la leucorrea della gravidanza a far nascere l'ottalmia dei neonati; ora chi sarà quel medico, il quale sostenendone l'origine leucorroica, vorrà togliere una goccia di pus dall'occhio del fanciullo e metterla in uno de'suoi? Si conoscono pur troppo parecchi esempj di medici, che perdettero la vista di un occhio trascuratamente contaminato colla secrezione di un occhio ammalato di ottalmia dei neonati.

Queste opinioni relative alla frequenza dell'uretrite indipendente da contagio, non sono già nuove, e furono ammesse da molte delle nostre eminenti autorità, specialmente tra i Francesi, che certamente sono superiori a tutti, nelle ricerche eziologiche delle malattie veneree. L'importanza del soggetto mi giustificherà, s'io metto qui alcune citazioni.

Ricord dice: — Se ricerchiamo diligentemente le cause eccitanti della blennorragia — intendo nei casi più caratteristici della malattia — non possiamo a meno di ammettere che nella maggior parte dei casi manca un virus blennorragico. [1] È comunissimo l'incontrare gonorree intense e persistenti, con seriissime conseguenze, derivate da donne che non avevano che catarro uterino. In molti casi, pare che la sola causa della malattia, sia l'amplesso durante la mestruazione; mentre in molti altri non ne troviamo alcuna, tranne gli errori di dieta, la fatica, l'abuso della venere, l'uso di certe bevande, come la birra, o di certi cibi, come gli asparagi. Donde la credenza frequente nei pazienti, d'aver contratto la blennorrea da una donna perfettamente sana.

[1] Domanderei volentieri a Ricord: come faremo noi a diagnosticare una blennorragia propriamente virulenta? dovremo noi crederla tale, solamente quando non possiamo trovarle altra eziologia che una blennorragia? Pare però che l'illustre clinico dell'Ospedale del Mezzogiorno non abbia data molta importanza all'esistenza d'un virus particolare nella blennorragia, poichè non si cura di dare la sua precisa opinione: ....la blennorrhagie simple, qu'on la considére, ou non, comme le produit d'un virus particulier... — Se Ricord, in questo passo citato dal Bumstead, parla d'un virus blennorragico, io credo l'abbia fatto più per uso tradizionale, che per proprio convincimento, poichè nemmen egli ha insegnato a distinguere le blennorragie dipendenti da cause comuni, dalle altre causate come si vuole, da un virus blennorragico, tanto più che nella sua terza lettera sulle sifilide si trova scritto: Mais la blennorrhagie, de la manière que je l'entends, absolument étrangère à la syphilis dans ses causes dans sa forme, dans ses consequences tient-elle à un virus particulier? Il ne répugnerait pas d'admettre une causo spéciale, pouvant spécifiquement et constamment produire la blennorrhagie et ses conséquences. Rien n'est plus propre, en effet, à determiner une blennorrhagie que le muco-pus fourni par certaines muqueuses enflammées. Mais lorsqu'on remonte de la manière la plus rigoureuse et par l'observation la plus sévère aux causes déterminantes des blennorrhagies les mieux caractérisées, ont est forcé de voir et de convenir que lo virus blennorrhagique fait le pus ordinairement défaut.

E più sotto: La blennorrhagie, telle que quelques personnes s'obstinent à la comprendre, c'est-à-dire comme consequence d'uno contagion, est aussi rare chez la femme que commune chez l'homme.

Da ultimo: — pour la blennorrhagie, commo pour toute autre inflammation il faut la préexistence de la prédisposition, cette immense inconnue qui domine toute la pathologie. Ce qui le prouve c'est que la blennorrhagie ne se prend pas toujours dans les condition mêmes ou elle est le plus évidemment communicable. Sans cette heureuse immunité que donne l'absence de la prédisposition, la blennorrhagie, déjà trés commune le serait encore beaucoup plus.

A. Ricordi.

— Io sono certamente addentro in tutte le fonti di errore in tali ricerche, ed ho la presunzione di dire che nessuno forse, sta più in guardia di me, contro le cento forme di inganni che l'osservatore incontra ad ogni passo; eppure con tutta fede sostengo questa proposizione, che: La blennorrea, nasce sovente dall'amplesso di donne che non hanno questa malattia. Ognuno che studii la blennorrea senza idee preconcette, si trova costretto ad ammettere, che la nasce spesso dalle medesime cause che danno origine all'infiammazione delle altre membrane mucose. — [1]

Le — idee preconcette — delle quali parla quì Ricord, furono ostacolo assai grande, perchè emergesse il vero della questione. Ogni prova torna certo inutile e senza valore, per quel medico, il quale ha l'idea fissa che ogni paziente dice una falsità, quando sostiene di aver contratta l'uretrite dall'amplesso di donna nella quale non v'era traccia della malattia.

Diday parlando della profilassi delle malattie veneree dice:

— Nessuno dovrebbe mai dimenticare, che qualunque donna può comunicare la gonorrea; dico ogni donna, non ogni prostituta, poichè non faccio eccezione a questa incivile sentenza per nessun individuo del gentil sesso. Non ostante la nettezza, l'apparente buona salute, la supposta o reale virtù, la virginità, o un esame recentissimo, una donna può avere per una ragione o per l'altra, le perdite bianche, spesso di carattere innocente, come quelle da uretrite, clorosi, dismenorrea, infiammazione catarrale, o da vita sedentaria, o d'altronde da gonorrea contratta; il solo fatto che una donna è soggetta a una tale perdita — qualunque ne sia l'origine — basta per dire, ch'essa può comunicare lo scolo ad un uomo. — [2]

Fournier giunse al medesimo risultato, dopo ricerche relative alle classi di quelle donne dalle quali derivò blennorrea.

Si ha dalle sue statistiche che fu contratto gonorrea negli amplessi di:

[1] Lettres sur la Syphilis, 2ª ed. p. 29.
[2] Nouvelles Doctrines sur la Syphilis, p. 515.

	Casi.
Donne della città	12
Prostitute clandestine	44
Mantenute, attrici, ecc.	138
Operaje	126
Domestiche	41
Donne maritate	26
Totale	387

Fournier soggiunge:

— Un tale risultato si spiega facilmente, anzi lo si poteva predire. Io credo infatti, che la gonorrea si contrae molto più frequentemente per l'eccessivo coito che pel contagio, come anche per amplessi ripetuti, prolungati, o consumati od eccitati con modi speciali; in quasi tutti i casi di abbracciamenti con donne pubbliche invece, queste condizioni non ci sono, l'atto sessuale è per lo più brevissimo, senza molto eccitamento, e non troppo spesso ripetuto. — [1]

Henry Thompson dice: — Che l'uretrite nell'uomo sia qualche volta cagionata dal contatto con scoli di origine non venerea, è un fatto così certo, che non è necessario addurre prove a maggior evidenza. — [2]

Citerò anche le osservazioni che fa il Dr. Skey in proposito: —

— Sono oramai sicuro, che moltissimi casi di gonorrea non sono prodotti da un veleno specifico. Questa mia opinione non è solamente speculativa, nè meno poi un desiderio di opinare diversamente da molte autorità più esperimentate; ma è dedotta, da quanto il mio criterio giudicò come fatti positivi, e altresì numerosi. Posso dire, che è ormai conosciuto da tutti, che la leucorrea può dare origine ad una gonorrea; or dunque se per la gonorrea ci vuole assolutamente un veleno, donde viene in questo caso? Non si suppone già che la leucorrea contenga gli elementi del veleno gonorroico. Essa inoltre è un risultato assai frequente di amplesso tenuto durante il periodo della mestruazione; e segue anche il coito consumato con circostanze di meccanica violenza. — [3]

[1] De la Contagion Syphilitique, p. 118.

[2] Stricture of the Urethra, p. 120.

[3] Lectures on the Venereal Disease, London Medical Gaz. vol. XXIII. (1838-39) p. 439.

Non si raccomanderà mai abbastanza al medico, di andare assai cauto prima di pronunciare un giudizio, che può turbare per tutta la vita, la riputazione e la pace di una donna e quella delle persone che le sono legate. In ogni caso, l'accusata deve godere il beneficio d'ogni qualunque dubbio possa esistere; e il medico che trascura di considerare anche il più piccolo dubbio, pel falso timore d'essere ingannato,[1] corre rischio di caricare ingiustamente un' innocente, ed è indegno del suo mandato. Egli deve tirare un giudizio dai sintomi presi insieme coi fatti conosciuti del caso, e a meno che questi siano tali da stabilire una colpa senz'ombra di dubbio, l'umanità gli domanda almeno un giudizio di — non provato. — I seguenti casi tornano qui opportunissimi.

Caso 1. Un signore della città, sei settimane dopo il matrimonio chiamò il suo medico per essere curato da un'uretrite, ch'egli solennemente dichiarò aver avuta da sua moglie; la conosciuta probità di questo signore rendeva assai probabile quanto egli asseriva. Supponendo che la sua malattia non poteva derivare che da contagio, aveva già mosso querela alla moglie per impudicizia, e stava per essere decretata la separazione e il divorzio. Il suo medico, esaminò la moglie, la trovò sanissima, e assicurò, dopo diligenti ricerche, che la malattia del marito dipendeva dal coito esercitato durante un periodo di mestruazione.

Caso 2. Questo caso è citato in un libro intitolato: *Sur la non existence de la maladie vénérienne*, pubblicato a Parigi nel 1826: — Un giovine preso d'affetto per una fanciulla amica, *à peine sortie de l'enfance*, la sposò dopo qualche anno di reciproco amore. Qualche mese dopo il suo *hymen fortuné*, il giovine dovette intraprendere un viaggio, durante il quale s'accorse di un certo dolore nell'orinare che fu tosto seguito da uno scolo dall'uretra. Arrivato in una città, consultò un medico distinto, il quale lo persuase ch' egli aveva un' uretrite blennorragica. *Mais, monsieur*,

[1] In una discussione sull'origine dell'uretrite indipendente da contagio, che io sostenni una volta coll'autore di un'opera sulle malattie veneree, l'argomento finale del mio oppositore fu questo: — Non voglio che il paziente possa dire ch'io sono stato ingannato. —

je suis nouvellement marié, ed assicurò il medico, ch' egli non aveva toccata altra donna mai, fuor che sua moglie; *Comment, repond le chirurgien en souriant, vous voudrez me cacher la cause de votre mal; de quel pays êtes vous? Vos jeunes gens rougiroient; je vous certifies monsieur, que vous avez une belle et bonne chaude-pisse.* Il giovine protestò ancora della sua innocenza. Alcuni giorni dopo il testicolo indurì. Il medico lo assicurò di nuovo che se la sua moglie fu saggia, egli doveva aver avuto *une affaire* con qualche altra donna, e che il veleno era rimasto fin d' allora nel sanguo. Fra l' alternativa della purità sua e di sua moglie, egli certamente non poteva dubitare. Scrisse alla moglie una lettera passionatamente sdegnata e si fece saltare il cervello. La sventurata donna, sottomessa ad esame e riconosciuta sanissima, non disse più parola —. dopo breve tempo abortì e morì. Tanto ad onore della nostra nobile professione! [1]

Caso 3. Alcuni anni sono in uno degli Stati della Nuova Inghilterra, un ecclesiastico, corse rischio di essere dimesso dal suo grado di ministro religioso, e accusato di adulterio, sulla testimonianza del suo medico, cho lo scolo uretrale pel quale lo aveva curato, non poteva essero derivato che da commercio impuro!

Altro cause possono essere occasione di uretrite blennorragica nell'uomo, oltre allo già accennate. Si citarono osempj indubitabili nei quali la diatesi gottosa o reumatica, senza commercio sessuale, furono origine di scolo dall'uretra.

Ricord cita il caso singolare di deposito tubercolare nelle diverse parti dell' urotra di un soggetto scrofoloso con scolo uretrale sintomatico; [2] la diatesi scrofolosa è certo un forte predisponente, se pure non è causa attiva d'infiammazione dell' uretra, come di altri canali mucosi.

Harrison riferisce il caso di un medico, il quale soffrì di scolo purulento, bruciore e dolore lungo l' uretra, con voglie frequenti di orinare, con incordatura o febbre simpatica, per aver mangiato degli asparagi in abbondanza. [3]

[1] Citato da Skey, loc. cit.
[2] Bulletin de l'Acad. de Méd., vol. XV. p. 565.
[3] London Lancet, Genn. 1860.

Possono ess[illegible]e causa di uretrite, l'eccesso di liquori fermentati,
le medicine t[illegible]rebentinacee, la paraplegia per lo alterazioni che
può indurre [illegible]ell'orina, l'uso delle candelette, gli stringimenti, la
masturbazio[illegible]e, l'eccitamento prolungato dei genitali, le vegeta-
zioni dentro *l'uretra*, gli ascaridi nel retto, la dentizione, le in-
fluenze epidemiche ecc. [1]

Il sig. Latour, editore dell'Union Médicale, afferma come vera
la seguente storia: — Un medico d'anni trenta, rimasto continente
per più di sei settimane, stette tutto un giorno con una donna la
quale gli resistette sempre. Dalle 10 del mattino alle 7 della sera,
egli s'ebbe le parti genitali costantemente in uno stato di eccita-
mento. Tre giorni dopo fu preso da una vera uretrite blennorra-
gica che durò quaranta giorni. —

Un ulcero nell'uretra, è accompagnato da uno scolo più o meno
abbondante, spesso sanguigno, che descriverò particolarmente par-
lando dell'ulcero nascosto. Ora dirò solo che l'inoculazione della
secrezione sulla persona che ne è affetta, non può determinare la
presenza di un ulcero primario, a meno che sia un ulcercide, poi-
chè l'ulcero infettante non è auto-inoculabile.

Gli scoli uretrali, inoltre, dipendono qualche volta da alterazioni
della mucosa del canale, indottevi da infezione costituzionale per
virus sifilitico. Ebbi ad osservare in molti casi uno scolo muco-
purulento, coincidente col primo esordire o colla recidiva dei sin-
tomi secondarj, e così lontano dall'ultimo amplesso, da non poterlo
riferire ad alcuna delle cause comuni di uretrite. Bassereau parla

[1] Le malattie della prostata sono sovente accompagnate da uno scolo
muco-purulento. Alcuni soggetti hanno un'assai viva irritazione della
parte anteriore dell'uretra, con scolo catarroso, od anche purissimile, la
orina de' quali contiene dei fiocchi di linfa: in questi casi l'irritazione
dell'orificio uretrale è sintomatico dello stato morboso dell'ultima por-
zione uretrale e del collo della vescica. Questi malati possono andar sog-
getti ad attacchi di orchite. Le alterazioni di secrezione orinaria che os-
servansi nel reumatismo, nella renella, ecc. esercitano anch'esse una certa
influenza sullo sviluppo dell'uretrite. In tali circostanze l'orina essendo
carica d'acido urico, di urati ed ossalati di ammoniaca, può irritare la
mucosa uretrale, e dar luogo ad uno scolo anche puriforme. In simile
contingenza, non bisogna fissare molta attenzione sull'alterazione locale,
ma sul generale disordine dell'economia. La blennorragia da reumatismo
è assai ostinata, facile alle recidive ed accompagnasi ad uno stato mor-
boso del collo della vescica. Anche alcune forme di diabete accompa-
gnansi rare volte, allo scolo uretrale muco-purulento.

A. Ricordi.

di casi analoghi. [1] Le membrane mucose in genere sono la sede più frequente delle prime manifestazioni costituzionali; e nei casi ora indicati, probabilmente ebbero luogo nella mucosa del canale, alterazioni consimili all'eritema, alle placche mucose od alle ulcerazioni superficiali che si osservano nelle cavità della bocca o del naso. Questi casi sono assai rari, e non si distinguono dalle uretriti ordinarie, che per l'anamnosi e i sintomi coesistenti nel paziente. Se per esempio, non si ebbe commercio da lungo tempo, e specialmente se le membrane mucose ci presentano recenti forme secondarie, lo scolo uretrale sarà probabilmente sintomatico di diatesi costituzionale. Siccome le secrezioni derivanti da forme secondarie si ritengono oggi contagiose, così anche lo scolo in questi casi è certamente contagioso; ma non è suscettibile di inoculazione sulla persona da cui deriva, nè su altra persona affetta da diatesi sifilitica; comunicata ad individuo sano e nelle volute condizioni, darà luogo ad un ulcero infettante.

Le conseguenze che si possono derivare da tutto quanto abbiamo detto sull'eziologia e sulla natura della uretrite blennorragica sono così ovvie, che meritano appena d'essere accennate. Se la malattia non dipende da altre cause che da leucorrea, da flusso mestruale, da eccesso di coito, dall'amplesso tenuto in condizioni di speciale eccitamento, da trascuranza di nettezza, da abuso di stimolanti, ecc., e se con tali origini non la si può distinguere dalla medesima malattia derivata da contagio, nè pei sintomi, nè pel decorso o complicazioni o terminazione, allora la si dovrà classificare tra le comuni infiammazioni catarrali delle mucose, o in altre parole, la si dovrà tenere per una semplice uretrite, il cui nesso col commercio avuto, non è che un'accidentalità, o per lo meno, una circostanza non necessaria.

Ma — si può opporre — la possibilità del contagio prova la presenza di un veleno. Concedo: ma non ne segue che sia un veleno specifico, o un veleno che non possa essere prodotto da una semplice infiammazione; una tale conclusione sarebbe contraria ai fatti addotti nelle pagine precedenti, e di più non troverebbe analogia nelle infiammazioni delle altre mucose; poichè nella congiuntivite muco-purulenta — la vera analoga alla uretrite blennorra-

[1] Affections Syphilitiques de la Peau, p. 356.

[illegible]o precisamente il medesimo ordine di fatti, cioè la gica — abbia[illegible] che ha origine da cause semplici, e dalla quale infiammazione [illegible] secrezione contagiosa, capace di trasmissione per una muco una [illegible]ta di individui. Lo scolo delle due superficie mucose serie indefin[illegible] di cui parliamo, si troverà sempre trasmissibile, poichè la secrezione dell'uretra applicata all'occhio vi determina l'ottalmia purulenta, la secrezione della quale (appoggiandoci agli esperimenti di Thiry di Brusselles), depositata sulla membrana che riveste il canale dell' uretra, vi produce l' uretrite. Nel primo capitolo del secondo volume di quest'opera, avrò occasione di istituire un paragone tra i veleni dell'uretrite blennorragica, dell'ulcero molle e dell'ulcero duro.

Mi manca lo spazio per discutere la teoria del virus granuloso dell' uretrite; opinione che non si può ammettere e che fu esposta dal sig. Thiry, secondo il quale, ci vorrebbe la presenza di granulazioni sulla mucosa perchè lo scolo sia contagioso. [1]

AGGIUNTA DI A. RICORDI. — La blennorragia virulenta come era intesa da coloro che ammisero identità tra il così detto virus blennorragico e l'ulceroso, è una creazione ipotetica che costituì una dottrina basata unicamente sopra idee teoretiche, o sulla cattiva interpretazione di qualche fatto male osservato; fu una dottrina ch'ebbe a capo-stipiti lo Swediaur e l'Hunter e che anche in questi ultimi tempi trovò buona parte di proseliti, e caldi difensori nel Vidal de Cassis, nel Baumés e nell'Auzias-Turenne. La specificità di questa blennorragia è costituita da una accidentale mescolanza del virus ulceroso colla materia blennorragica, e nulla più; essa è dovuta all'ulcero uretrale. La verità di questo asserto fu luminosamente dimostrata colla evidenza dello sperimento e col fatto clinico da Tode, Bell, Hernandez, Ricord, e moltissimi altri. Smentita così l'identità tra la blennorragia e l'ulcero, e scissa definitivamente l'eziologia di queste due affezioni, Bell inaugurava una nuova scuola coll'immaginare l'esistenza di un principio speciale nel muco-pus della blennorragia, ch'egli chiamò virus gonorroico. Questa nuova credenza venne ricevuta tradizionalmente fino a noi,

[1] Le opinioni del Sig. THIRY furono pubblicate nella Presse Méd. di Bruxelles, e difese da Guyomar, Thése de Paris, 1858 (N. 282).

giustamente avversata dal Robert, da A. Cullerier e dal Bumstead. La blennorragia non ha alcun che di specifico o di virulento.

Il Thiry dando corpo all'idea vaga sul virus blennorragico, dietro una analisi severa e rigorosa delle proprie ed altrui osservazioni, dietro numerosi esperimenti, gli assegnò un nome speciale ad una sede propria; chiamollo virus granuloso, e gli attribuì l'origine, nelle granulazioni che secondo lui si sviluppano in certe uretriti, dualizzando così l'eziologia della affezione blennorragica non sintomatica, ed ammettendo una uretrite semplice, procurata dagli irritanti comuni, ed un'altra virulenta causata dal virus granuloso. Trascrivo le parole del Thiry:..... oltre le blennorragie semplici, catarrali, quelle sintomatiche dell'ulcero uretrale, e della sifilide costituzionale, havvi un virus blennorragico speciale indipendente, che esordisce dalla formazione d'una alterazione patologica tutta particolare, senza analogia, la quale riproduce all'infinito il virus da cui essa stessa ebbe formazione.

Il Thiry crede che una blennorragia semplice, benchè acutissima, non possa destare in una mucosa genitale una identica affezione, se non in quanto essa vi agisca sopra, come potrebbe farlo qualunque altro irritante: in questo caso non si tratterebbe che d'una semplice infiammazione con secrezione mucosa inoffensiva. Egli però, riferisce la proprietà contagiosa che conservano al più alto grado certe blennorragie in qualunque stadio, alla presenza delle granulazioni, la secrezione delle quali produce una lesione patologica identica a quella dalla quale proviene. Non crede il virus granuloso inoculabile come la materia ulcerosa, e gli assegna una azione puramente locale: l'ottalmia militare, quella dei bambini, e l'ottalmia blennorragica contagiosa, secondo lui sono il risultato del virus granuloso. Questo virus insomma può agire su tutte le mucose sulle quali viene depositato. Le granulazioni speciali, prodotte da questo virus, sono dal Thiry distinte dalle papille e dai follicoli mucosi che si sviluppano nelle affezioni catarrali.

Osserverò in primo luogo, come il nome, col quale l'illustre sifilografo di Bruxelles ha battezzato questo nuovo principio virulento, non sia giusto, poichè egli crede che queste speciali granulazioni si sviluppino non in principio, ma in seguito alla infiammazione che il virus désta sulle membrane mucose. Dunque questo virus preesiste alla formazione delle granulazioni, le quali non sono ne-

cessarie per la procreazione del virus, come invece è necessario l'ulcero per la genesi del virus ulceroso; dunque il virus non sarebbe generato dalle granulazioni, ma le genererebbe esso stesso.

Del resto questa specie di virus è una creazione affatto ipotetica, alla quale oggi giorno, la maggior parte dei sifilografi ed ottalmologi non presta fède, il Ricord lo chiama una creazione superflua, il Diday, un tentativo di reazione contro l'unità blennorragica, che restò senza successo. Intanto non è assolutamente vero che il pus delle ottalmie che il Thiry dice causate dal virus granuloso, depositato sopra una congiuntiva, dia sempre luogo alle granulazioni; ciò accade il più delle volte è vero, quando cioè l'ottalmia comincia lentamente e tiene un decorso cronico, allora in seguito alla secrezione purulenta pullulano sempre le granulazioni; ma la cosa passa diversamente allorchè l'ottalmia comincia acutissime ed ha un decorso rapido; in questo caso quando l'affezione ha per esito la risoluzione, non si osserva la formazione delle granulazioni. E qui mi torna utile il trascrivere un periodo della eccellente monografia sull'ottalmia purulenta del D. Florio, medico all'Ospedale Militare di Pietroburgo, il quale parlando del valore delle granulazioni dice: — nous pourrions répondre avec assurance et en nous fondant sur le résultat de l'observation, que les granulations peuvent exister, ou ne pas exister, sans que cela change le caractère de l'ophtalmie purulente. En général, elles ne se montrent que dans le cas où la maladie affecte primitivement, une marche lente, ou lorsque aprés avoir été traitée sans succès à l'état aigu, elle devient chronique — L'illustre mio maestro il prof. Quaglino, nelle sue lezioni orali di ottolmografia, insegnava questa stessa verità, la quale è accettata universalmente.

Quello che ho detto della materia proveniente dall'ottalmie militari, dei bambini, e blennorragiche, circa le granulazioni, vale anche pel muco-pus proveniente da una blennuretria, il quale se desta una infiammazione acutissima che passa a risoluzione, non dà luogo a granulazioni. Dunque, non è alla qualità speciale della materia, che noi dobbiamo riferire la loro genesi, ma piuttosto al grado di lavorio flogistico, alla profondità ch' esso tocca, riferibilmente alla mucosa palpebrale ed al tempo di durata.

Noi sappiamo inoltre che l'ottalmia granulosa, 90 volte sopra 100, dipende da materia proveniente, o da un'ottalmia congenere o dal

muco-pus blennorragico; ma le altre 10 volte è veramente epidemica; ed in quest'ultimo caso non vi è trasporto di materia virulenta, eppure si sviluppano granulazioni. Ora non si attribuisce nemmen più una proprietà virulenta alle ottalmie granulose, a segno tale che gli inglesi, le chiamano ottalmie catarrali granulose; nome riferibile puramente alla forma anatomica, non alla specificità; sono considerate nè più nè meno che semplici infiammazioni.

Se fosse vero che il virus granuloso agisce sopra tutte le membrane mucose su cui vien deposto, perchè non si osservano mai le stomatiti, le riniti, o le otiti blennorragiche? e chi sa quante volte inavvertitamente questo virus verrà deposto, per mezzo delle dita, nella bocca, nella cavità nasale o nel condotto uditorio! Ma vi ha di più, le ottalmie catarrali comuni, prendendo lo strato mucoso più superficiale, non danno luogo che a secrezione mucosa, e se continuano lungamente, ad iperplasia del tegumento epiteliare; ma se il processo guadagna in profondità, cosa osserviamo? — la formazione di granulazioni affatto simili a quelle dell'ottalmia purulenta; in questo caso si secerne, oltre il solito muco, anche una materia puriforme, la quale messa a contatto d'un'altra congiuntiva, può produrre una congenere alterazione patologica. Eppure l'ottalmia catarrale avviene senza il contatto d'una materia fissa! Sono casi non infrequenti e ne' quali si può escludere assolutamente il sospetto che sia avvenuto una contaminazione di materia, proveniente da ottalmia granulosa o da blennorragia. In conseguenza di tutto ciò, parmi d'essere bastantemente autorizzato a rifiutare qualunque virulenza, o specificità alle granulazioni ed alla loro secrezione purulenta: esse non sono la conseguenza d'un virus, ma del grado o della profondità di tessuto, alla quale arriva il processo flogistico. E quello che ho detto per la congiuntiva, vale anche per la mucosa uretrale, poichè come ho già fatto osservare, l'ottalmia delle armate, dei neonati, la blennorragica, e le varie blennorragie virulenti dei genitali secondo il Thiry, sono il risultato di una causa identica, il virus granuloso.

La blennorragia non sintomatica, è di una sola natura; le sue cause non hanno alcun che di specifico o di virulento. La materia blennorragica non contiene alcun virus; questo nome sarebbe meglio riservarlo al principio contagioso, fisso, assorbibile, che può infettare tutta l'economia: il virus produce una affezione generale.

la materia d[illegible] la blennorragia dà luogo ad un lesione puramente locale. La ble[illegible]norragia non si trasmette per mezzo della materia blennorragica [illegible] come materia virulenta o specifica, ma come materia la qual[illegible] può destare una irritazione semplice. È certo però che il muco-pus blennorragico non ha una azione perfettamente identica a quella degli irritanti comuni; esso sviluppa una azione propria in contatto colle mucose che può infiammare, cioè l'uretrale, la pr[illegible]epurziale, la vaginale, l'uterina, la congiuntivale; perchè la secrezione morbosa in questo caso aumenta di attività, agendo sopra il proprio elemento, il mucoso, senza avere per questo alcun che di specifico.

Noi sappiamo che tutti gli irritanti di qualunque origine sieno, applicati alla superficie mucosa dei genitali, vi possono determinare una affezione, con secrezione di materia muco-purulenta; e nell'esercizio pratico, gli specialisti si vanno persuadendo d'una gran verità, cioè: che una volta stabilitasi l'infiammazione, riesce impossibile, avuto riguardo alla sindrome, di rimontare alla vera causa, se l'ammalato non ce ne fornisce l'indirizzo. Non è dunque vero che: la blennorragia risulti esclusivamente dal contatto della materia secreta da una blennorragia, e che malgrado le apparenze contrarie, essa non sia prodotta dal contatto d'alcun'altra secrezione della mucosa genitale, (Diday), se non fu creduto di esagerar troppo, dicendo che: le donne comunicano venti blennorragie sopra una che loro si rende, e ciò perchè le donne soggette a scoli spontanei degli organi genitali, sono la fonte più frequente degli scoli, che nel maschio non possono essere considerati come un'effetto del contagio, (Ricord). Or bene queste blennorragie maschili, contratte pel contatto di questi scoli spontanei, blennorragie che sono in numero maggiore di quelle contratte per una vaginite od uretrite blennorragica, noi le curiamo tuttodì senza poterle distinguere fra di loro, come pure senza poterle differenziare da quelle sviluppatesi per cause fisiche o chimiche.

Qual medico potrà, con certa scienza rispondere ad un suo cliente che gli muovesse la domanda: a qual fonte attinsi la blennuretria che ho di presente? Bene a ragione il Ricord scriveva che una esperienza di vent'anni gli permetteva di affermare che all'infuori della blennuretria sintomatica dell'ulcero, è sovente impossibile di riconoscere la causa d'una blennorragia. Chi legge la relazione che

lo Swediaur dà dell'uretrite che si è procurata egli stesso colla iniezione di ammoniaca, troverà una descrizione tale da potersi applicare a qualunque blennorragia, ed acquisita in qualunque modo. Ed egli asserisce che non ha potuto ravvisare sopra sè stesso alcuna differenza nel colore, nella consistenza dello scolo, nelle altre circostanze, fra la blennorragia che egli si sviluppò, e quelle che curava nella sua pratica.

Perchè adunque si dovrà attribuire un carattere specifico solamente alla mucosa dei genitali che è costituita anatomicamente, come le altre mucose alle quali non si attribuisce questo privilegio? Esaminando le diverse uretriti blennorragiche, a tutta prima parrebbe, di dover loro assegnare diverse cause; ora leggiere, ora acutissime, di rapida terminazione, o di lunghissima durata, ecc. Ma se noi non arrestandoci ad un esame superficiale cerchiamo di indagare seriamente, vedremo come non è nella natura, ma nella intensità della causa e nella individualità personale, che dobbiamo cercare il motivo della loro differenza. E perchè allora non si pensa ad ammettere diverse specie di materia ulcerosa per la formazione dell'ulcero molle, secondo chè è regolare, difterico serpiginoso, gangrenoso? — Perchè noi sappiamo che la materia che dà luogo all'ulcero è specifica ma unica, e che esso cambia tanto di aspetto a seconda delle svariate condizioni intrinseche ed estrinseche del soggetto che lo porta; dunque se ammettiamo una forma variata, agli effetti di un'unico principio virulento, perchè la negheremo a quelli da più cause semplici? —

Le condizioni individuali, il modo di essere d' un' organismo, possono imprimere a delle malattie originarie della medesima fonte, tali variazioni da far credere a morbosità di diversa natura. È duopo studiare attentamente in quali rapporti si trovi la condizione patologica col resto dell'organismo; esso partecipa senza dubbio della malattia locale; sia essa l'espressione di un disordine generale, o sia proveniente da una causa che opera nell'organismo stesso, certo è che assume un'abito speciale, la di cui significazione il pratico deve saper comprendere e valutare; questo era uno dei più nobili concetti che caratterizzava la medicina di Ippocrate, di por mente all'abito generale delle malattie, poichè la conoscenza della lor forma generale, non solo viene utilissimo indizio di diagnosi e di prognosi ma ancora perchè in non pochi casi, il medico

può, e deve desumere il piano di terapia, assai più da queste forme che dal morbo locale.

Oltre a questa influenza dell'organismo, aggiungansi altre circostanze che contribuiscono alla varietà delle blennorragie, abbenchè come diceva, originate da una medesima causa; intanto noi sappiamo, come la prima affezione blennorragica sia molto più acuta di tutte le altre che si succederanno nel medesimo individuo; poi il modo di vivere, ed il sistema di cura.

È ammesso generalmente che le blennorragie le quali dipendono da materia blennorragica, tengono un decorso più regolare e più lungo di quelle che riconoscono un'altra origine. Sia pure: è vero che talvolta si verifica questo fatto, ma non è un carattere loro esclusivo, come il dovrebbe essere se si trattasse di virulenza, e ciò lo prova la descrizione che Swediaur ci dà della sua uretrite; durò sei settimane, e come dice egli stesso non presentò alcun che di dissimile delle uretriti che si prendono in altro modo. E qui desidero anche l'appoggio dell'autorità di Ricord: — Rien de plus commun que de trouver des femmes qui ont communiqué des blennorrhagies des plus intenses, des plus persistantes aùx conséquences blennorrhagiques les plus variées et les plus graves, et qui n'étaient affectées que de catarrhes uterins quelquefois à peine purulens. —

La maniera di agire, poi dei varj irritanti ci spiega benissimo il perchè di questo fatto. Alcuni prendono d'un tratto tutto il decorso d'una mucosa per esempio l'uretrale, come sarebbero le orine dei gottosi, di alcuni diabetici, o quelle cariche di un principio qualunque che desti reazione nell'uretra, principj che trovansi nelle orine di coloro che usano di certi liquori fermentati, o di certi cibi. In questi casi il decorso è più franco e più rapido, mentre invece nelle uretriti cagionate da contatto di materia blennorragica, o di materie provenienti dai genitali femminei, l'effetto primo essendo meno generale e forse più mite, l'affezione comincia a svilupparsi nel luogo ove avvenne il contatto, poi successivamente si comunica ad altri, in modo che la malattia non guadagnando simultaneamente tutto il tratto dell'uretra ma poco per volta, è certo che il suo decorso dovrà essere più lungo, e di sindrome alcune fiate un poco differente pel modo speciale con cui sviluppasi la malattia.

Vi sono degli scoli irritanti più degli altri e quindi più attac-

caticci, è vero, ma ciò da cosa dipende? da due cause; dal grado di intensità della flogosi che li procreò e dalla loro sede. Sono più irritanti gli scoli blennorragici appena sviluppatisi, oppure quelli già in declinazione, ne'quali la materia componevasi di quasi sola mucosità, i quali per una causa qualunque recidivarono, onde la loro secrezione venne a mescolarsi colle cellule di pus. Questo non prova la dualità delle cause della blennorragia, ma solo che il muco è meno irritante della secrezione muco purulenta. Se la blennorragia avesse un virus speciale come spiegare questa sua maggiore o minore attività? un principio virulento fisso, non ammette gradi di intensità, ma è sempre uguale.

Il virus ulceroso, dacchè l'ulcero si è sviluppato, fino al suo periodo di riparazione, mantiene sempre la medesima forza, il risultato della inoculazione è sempre lo stesso. Una volta che l'ulcero si è trasformato in piaga semplice, non ritorna più alla primiera virulenza se non se per opera di un nuovo innesto di virus.

Leggendo attentamente le ultime conclusioni del Bumstead, sulla natura della blennorragia si vede chiaramente, quanta incertezza egli abbia sulla diagnosi differenziale tra la blennorragia da cause comuni, e quella da muco-pus blennorragico; l'appoggia intieramente sulla eziologia, ed in verità sarebbe impossibile, per quello che dissi già addietro, il fare altrimenti.

Concede l'autore che la possibilità del contagio provi l'esistenza di un veleno, ma crede che questo veleno non sia specifico, e che possa esser prodotto da una semplice infiammazione. Ammesso ciò, mi sia permesso di dedurre che il Bumstead non crede alla esistenza d'un virus specifico nella blennorragia; che quindi non ammette il dualismo blennorragico, blennorragia semplice, e specifica: che crede alla esistenza di un veleno, causa di blennorragia, veleno il quale può generarsi spontaneamente in una blennorragia da cause comuni; val quanto dire, tutte le blennorragie sono eguali tra loro, sieno esse prodotte da questo veleno o da cause comuni irritanti; nel primo caso questo veleno trovasi già nello scolo, nel secondo vi può nascere.

Resta ora a sapere, cosa sia questo veleno al quale allude l'autore; avendo egli tanto esplicitamente rifiutato qualunque principio specifico all'eziologia della blennorragia, credo di poter vedere in questo veleno, il principio acre irritante dato principalmente dalla

mucosa uretrale: — le pus fourni par l'urètre est le plus irritant de tous les pus pour certaines muqueuses — (Ricord). In tal caso questo veleno è, nè più nè meno, che un semplice irritante.

Riassumendo adunque dirò che:

Non esiste la blennorragia virulenta, identica cioè all'ulcero.

Non esiste il virus granuloso del Thiry.

Le blennorragie non sintomatiche, sono tutte semplici infiammazioni della mucosa, sono quindi di un'unica natura malgrado qualche varietà, ed il numero delle cause che le possono sviluppare.

La loro attitudine a riprodurre la malattia dipende da sola causa irritante, non da vero contagio.

Cura. — La cura dell'uretrite blennorragica deve modificarsi a seconda delle condizioni generali del paziente, e specialmente secondo lo stadio della malattia. Nella maggior parte dei casi quando il paziente si presenta al medico, ci sono già i sintomi acuti infiammatorj; ma in quei pochi casi che si presentano in principio affatto della malattia, si riesce spesso a troncarla col metodo di cura detto abortivo. [1]

Cura abortiva del primo periodo. — Nei primi giorni dopo il coito impuro, circa tra il primo e il quinto giorno, innanzi che i sintomi diventino acuti, quando lo scolo è poco e mucoso, e quando

[1] Nicola Massa, per la cura profilattica della blennorragia, lasciava scritto questi consigli di utilità incontestabile, l'adempimento de' quali può scongiurare per molta parte il pericolo di guadagnare una tal malattia:

— Fugiamus talem infectionem evitando coitum cum mulieribus infectis aut in quibus sit suspicio de infectione: evitando contactus, moram aut dormitionem cum infectis. Si vero quis cum infecta muliere coire voluerit, quod, fatuum est, lavetur vulva cum vino aut aceto, et membrum virile cum aceto ut fiat confortatio membri, et sic stet in suo robore membrum confortatum et non moretur in coitu.

— Et contra si mulier cum viro infecto coiverit, lavet viri membrum et vulvam ante et post coitum, et non moretur in coitu.

— Et quomodocumque sit coitus, non sit supra repletionem neque corpore resoluto a quacumque causa, nam extenuatis semper est malus et causa recidivationis, ut experientia patet. —

A. Ricordi.

ancora non vi ha molto bruciore nell'emissione dell'orina, si ricorre alle injezioni caustiche per eccitare un' infiammazione artificiale la quale declina in pochi giorni, sostituendosi all'attuale processo morboso il quale tende a prolungarsi per un tempo indefinito e ad incontrare molte complicazioni. Questo metodo di cura dell'uretrite si chiama sostitutivo o più comunemente abortivo; troppo fu lodato, troppo fu combattuto; il suo merito reale sta forse tra questi due estremi. Certo che se ne può abusare facilmente e allora oltre al riuscire inutile, può dare conseguenze spiacevolissime; ma limitato al primo periodo ed usato con prudenza, è un metodo di cura assai proficuo, esente da pericolo e che in vero non merita le condanne che gli furono lanciate contro.

Nell'istituire la cura abortiva bisogna aver presenti questi precetti capitali:

1. Quando v'ha l'indicazione di questo metodo di cura, la malattia è limitata alla parte anteriore dell'uretra, alla fossa navicolare o l'oltrepassa di breve tratto; non è quindi necessario che l'injezione giunga alle parti profonde del canale. [1]

2. Perchè la cura riesca, bisogna che l'injezione vada sempre a contatto con tutta la superficie malata; se ne rimane intatta

[1] La cura abortiva colla injezione caustica trova la sua indicazione quando il periodo acuto non si è ancor dichiarato; pure il Debency nella sua memoria sulla cura abortiva della blennorragia coll'azotato d'argento, cita un buon numero di casi onde provare, che l'injezione caustica di azotato d'argento è applicabile in tutti i periodi della malattia, quindi anche alle parti profonde dell'uretra, poichè se la cauterizzazione non raggiunge lo scopo di sopprimere subito lo scolo, hai poi quello di far abortire la flogosi o di mitigarla. Ricord però e molti altri pratici autorevoli hanno vivamente impugnato questo metodo perchè non solo è infruttuoso, ma è susseguito da accidenti molto serj.

L'injezione del Debency componevasi di 4 grammi di azotato d'argento sciolto in 30 grammi di acqua. Il Ricord partigiano un tempo della cura abortiva, prescriveva l'eguale dose di sale, in una dose quadrupla di acqua: eppure per alcuni malati riesciva intollerabile, in modo che il Ricord già da qualche tempo, ha completamente abbandonato questo metodo, al quale una volta, per ottenere una guarigione sicura e duratura, associava l'uso interno dei balsamici. Anche il Foucart raccomanda le injezioni abortive unitamente ai boli di cubebe, d'allume e ratania: questa medicazione mista viene anche impiegata dal Robert.

Al Cullerier invece ripugna l'azione combinata di questi due mezzi, perchè secondo lui le injezioni di qualunque natura sieno, lungi d'aver alcun vantaggio, nel primo periodo della blennorragia, intrattengono sovventi una irritazione che può nuocere all'effetto dei balsamici.

A. Ricordi.

una sola porzione, questa secerne ancora materia capace di ridestare la malattia.[1]

3. Una volta determinato un sufficiente grado di infiammazione artificiale, il caustico ha dato tutto quanto se ne poteva aspettare e bisogna sospenderlo.

Le siringhe metalliche per queste injezioni devano rigettarsi, perchè la soluzione di nitrato di argento, che è quella che si impiega comunemente, si decompone con facilità a contatto colle sostanze metalliche. Le siringhe di vetro se sono fatte bene, convengono meglio delle altre; ma quelle che si trovano in commercio, sono quasi sempre ineguali nel calibro delle diverse parti del cilindro; la stoppa dello stantuffo seccando, si restringe, onde si ha l'inconveniente che una parte del fluido sfugge al di sopra dello stantuffo. Per queste ragioni, io non consiglio mai ai miei pazienti di adoperare delle siringhe di vetro, anche perchè riescono loro assai incomode e forse tolgono che la injezione sia fatta a dovere. Noi abbiamo un succedaneo eccellente nelle siringhe di gomma elastica.[2]

Se si ha a fare una sola injezione, la soluzione di nitrato d'argento deve essere molto forte; oppure la si adopera debole, ripetendo l'injezione ad intervalli fino a che si ottiene un effetto sufficiente. Io preferisco questo secondo metodo, specialmente coi pazienti che mi si presentano per la prima volta, in quanto che mi

[1] Il periodo acuto potendo cominciare dal primo all'ottavo giorno, in qualche caso anche più tardi, è assai difficile il ben precisare il tempo, nel quale questo trattamento dovrà cominciare, ed il tratto d'uretra ammalato.

A. Ricordi.

[2] La società americana per le manifatture di gomma elastica, costrui una serie di buonissime siringhe per l'uretra. In questi instrumenti, il diametro del cilindro si mantiene eguale in tutti i punti; lo stantuffo agisce esattamente; il materiale dell'instrumento non si altera cogli agenti medicinali comuni, e le dimensioni e forme diverse si adattano benissimo ai varj usi. La grandezza che può convenire in quasi tutte le uretriti è il N. 1, B. Contiene circa 15 grammi di liquido, che non è troppo per le injezioni che si fanno negli ultimi stadj; se la si adopera nella cura abortiva del primo periodo, la si riempe solo per metà. Il N. 1 contiene sei grammi, ed è la migliore per la cura abortiva. La siringa uretrale a lungo tubo (extra long pipe) non è che una siringa unita a un catetere; la si adopera per le injezioni nelle parti profonde del canale o nella vescica. La parte catetere si può modificare a piacere nella curva, riscaldandola su una lampada a spirito.

lascia tempo e modo per esaminare la suscettibilità dell'uretra che varia secondo le persone.[1] Ecco la formola per l'injezione debole: —

Nitrato d'argento cristallizzato centigr. 5 — 8.
Acqua distillata grammi 180.
M.

Perchè queste injezioni, come tutte le altre nell'uretrite blennorragica, abbiano ad avere buon effetto, è necessario che lo faccia il medico stesso al paziente o che questi sia istruito materialmente coll'esempio; non bisogna fidarsi delle sole istruzioni verbali.

Il paziente dovrà emettere le orine immediatamente prima o meglio ancora, un quarto d'ora prima dell'injezione, allo scopo di lavare l'uretra dalla secrezione e di avere la vescica vuota, e perchè l'injezione rimanga un certo tempo a contatto colla mucosa prima di essere lavata via da un'altra emissione di orina; si richiede poi un po' di tempo tra questa emissione e l'injezione, perchè l'orina scoli giù dal canale o ve ne rimanga la minor quantità possibile, onde non decomporre il nitrato d'argento. Si retrae completamente il prepuzio e lo si asciuga perchè il glande non sfugga dall'indice e pollice della mano sinistra che lo afferrano ai lati, comprimendolo intorno all'estremità della siringa introdotta nel meato fin dove si può. Se questa compressione è fatta bene non si perde una goccia della soluzione; l'indice della mano destra che porta l'instrumento, preme dolcemente sullo stantuffo e tutto il liquido viene spinto nell'uretra; si estrae la siringa, ma si continua la compressione del glande per qualche secondo, onde tener dentro il liquido. Quando l'injezione refluisce, lasciando libero il meato, deve essere di un color bianco lattiginoso, il che

[1] Volendo impiegare il metodo abortivo, è più prudente l'adottare quello del Bumstead: injezioni a piccoli intervalli con una soluzione debole: quelle uniche ad alte dosi, possono determinare gravissimi inconvenienti, dolori atroci susseguiti anche da lipotimie, da sincope, da uretrorragia, da stranguria; oppure una soluzione di cloroformio — 2 grammi, in 60 grammi d'acqua — proposta dal Venot, ed adoperata vantaggiosamente, come egli asserisce, poichè questo anestetico ha una azione abortiva la quale non dà luogo nè primitivamente nè consecutivamente a quegli accidenti che seguono le injezioni caustiche d'azotato d'argento.

A. Ricordi.

si deve alla parziale decomposizione pei sali contenuti in quella poca quantità d'orina e di muco-pus che c'è nel canale. Questa decomposizione impedisce che la soluzione venga a contatto in tutta la sua forza, con tutti i punti delle pareti uretrali, onde si fa una seconda injezione, mantenendovela per due o tre minuti. Durante questo tempo, con un dito della mano libera, si scorre sulla superficie inferiore del peno dall' indietro all' avanti per distendere la porzione del canale occupata dall' injezione ed assicurarsi del completo contatto del fluido colla superficie mucosa.

Questa descrizione del modo di adoperare la siringa è applicabile a tutte le injezioni che possono occorrere nel decorso di una uretrite blennorragica; noi però qui parliamo del metodo di cura abortiva colla debole soluzione di nitrato d'argento. La prima injezione la dovrebbe praticare il medico stesso al paziente e nel tempo medesimo dare le necessarie istruzioni quanto alla manualità, per le successive. La dieta dovrà essere regolata come nel secondo periodo e come dirò or ora; si ripeteranno le injezioni ogni tre ore; e per adesso è bene che il medico veda il paziente due volte al giorno; si prescriverà anche un purgante attivo.

I primi effetti delle injezioni caustiche si manifestano in poche ore; lo scolo diventa più copioso e purulento e il bruciore nell'uretra emettendo l'orina, va crescendo. Nel corso di ventiquattro o trentasei ore, la secrezione si fa minore e più liquida e qualche volta sanguinolenta; allora si sospendano le injezioni e si tralasci qualunque medicatura per qualche giorno, fino a che si veda quanto vantaggio si ottenne. Se la cura riesce, lo scolo va diminuendo a poco a poco fino a che cessa in tre o cinque giorni; qualche volta però, dopo aver diminuito, ritorna ad aumentare tendendo alla recidiva; in tal caso, io adopero per lo più delle deboli injezioni di solfato di zinco, tanto raccomandato nel terzo periodo. Se dopo una settimana dalle prime injezioni, resta ancora qualche traccia di scolo, alcuni medici preferiscono ritornare alle injezioni caustiche come prima.

L'opposizione principale a tale modificazione del metodo di cura abortivo, è questa, che la esecuzione della maggior parte delle injezioni, vien confidata al paziente che può essere ignorante o trascurato. Se c'è questo timore, possiamo adoperare una soluzione forte, ed injettarla una volta tanto colle nostre mani. Era questo

il metodo di cura abortiva consigliato da Debeney di Francia e da Charmichael d'Inghilterra che fu il primo a introdurre questa cura; metodo assai usato da molti medici e specialmente dal Diday di Lyon.[1]

La soluzione forte non deve contenere meno di 50 centigrammi di nitrato d'argento per 30 grammi d'acqua distillata, e non oltrepassare i 75 centigrammi, a meno si sia trovato in una cura antecedente che il paziente abbia un'uretra tollerantissima.

Nitrato d'argento cristallizzato centigr. 50 — 75.
Acqua distillata grammi 30.
M.

La si adopera nello stesso modo che abbiamo già descritto. Si injetta il contenuto di due piccole siringhe, la prima per pulire l'uretra dall'orina e dal muco pus, la seconda per ottenere il vero effetto curativo; il medico vedrà che il risultato della cura, dipende in gran parte dalla perfetta applicazione dell'injezione alla superficie mucosa. Sarà cosa prudente che il paziente comprima il pene anteriormente allo scroto intanto che il medico fa l'injezione, onde impedire che il liquido non si approfondisca più del necessario.

Il Dr. F. Campbell Stewart di Filadelfia, ha introdotto un nuovo instrumento per l'applicazione delle forti soluzioni di nitrato d'argento. Questo instrumento consiste di una canula retta che racchiude una spugna mobile la quale si può far sporgere dall'estremità della canula. Si bagna prima la spugna nella soluzione da adoperarsi e la si racchiude nella canula; si introduce l'instrumento nell'uretra per circa due pollici; allora si fa sporgere la spugna che riesce

[1] L'idea di far abortire una blennorragia, è di vecchia data; il trattamento così detto sostitutivo era già stato impiegato da Carlo Musitano, il quale pretendeva di far guarire la blennorragia in tre giorni, e da Girtanner che nel periodo preparatorio adoperava la soluzione di pietra caustica; si trova scritto ne' loro libri: se l'injezione viene fatta appena che comparisce lo scolo purulento, arrestasi all'istante, oppure, se si pratica la injezione prima del cominciamento dello scolo, quando le parti naturali sono prese da un prurito straordinario, si previene la malattia. Astruc che aveva giudicato e condannato questo metodo, dice che qualche volta si è creduto di prevenire una gonorrea, che non doveva comparire.

A. Ricordi.

in tal modo a contatto colle pareti uretrali, lasciandovola per un minuto o due, dopo di che la si ritira con un dolce movimento a vite. Coll'uso dell'instrumento del Dr. Stewart, si può limitare dove si vuole l'applicaziono del rimedio; e per questo appunto possiamo adoperare una soluzione assai più forte che non impiegando una siringa. Io applicai con questo nuovo metodo, soluzioni di 100, 150 centigrammi per 30 grammi d'acqua, senza che nascessero sintomi spiacevoli, nè infiammazione eccessiva. Bisogna aver cura che l'instrumento sia di dimensioni sufficienti pel caso. Io ne adopero uno delle dimensioni delle candelette N. 10. [1]

Non posso chiudere questo argomento della cura abortiva senza raccomandare nuovamente di valersene nel solo primo periodo e prima che incomincino i sintomi acuti, prima che il paziente accusi il noto bruciore nell'emettere l'orina. Presi sommariamente i casi che si presentano in pratica, uno solo su dieci lo vediamo abbastanza in principio del decorso per potere impiegare il metodo abortivo; adoperando questa cura nel periodo acuto, come raccomandarono i suoi inventori, per lo più non riesco e qualche volta se ne ebbero pericolose e fatali conseguenze. I pratici prudenti hanno limitato l'uso delle injezioni caustiche al primo periodo dell'uretrite blennorragica e qualcho volta sul declinare della malattia, nel qual caso però l'injezione deve arrivare alle parti profonde dell'uretra.

Aggiunta di A. Ricordi. — Il trattamento abortivo colle injezioni caustiche forse ora non è più tanto all'ordine del giorno come sul principio del secolo presente, non per la metastasi del virus gonorroico, non per la credenza che uno scolo arrestato bruscamente esponga il malato a gravi conseguenze, ma per l'incertezza della sua applicazione, della sua riuscita, o per le conseguenze spiacevoli che provoca non infrequentemente. Negli spedali, la cura di questo periodo non

[1] Sulla fine del secolo scorso, Clossius aveva proposto di far abortire la blennorragia con un pennello lungo e sottile intinto nella soluzione di potassa caustica, ed un tempo il Ricord adoperava il porta-caustico del Lallemand, e cauterizzava superficialmente, con un movimento di rotazione, quella porzione di uretra che credeva necessario.

Questi due modi di applicazione del caustico sono stati modificati felicemente dal Stewart mediante il suo cauterizzatore a spugna.

A. Ricordi.

la si può mai fare; sopra 600 malati di blennurretria che ho osservati in questi ultimi due anni, non ne ho veduto uno solo che si presentasse per farsi curare della malattia in tale periodo; fino a quando non si è spiegato lo stadio acuto, i malati non cercano i soccorsi dell'arte.

Il Bumstead, dice che nella pratica privata un'individuo solamente sopra dieci si presenta al medico in tempo utile per la cura abortiva; forse sarebbe meglio il dire uno sopra venti e più. Talvolta il primo periodo passa inosservato, l'ammalato si accorge solo al comparire dello scolo muco-purulento, che tiene una blennurretria ; tal' altra la novità della malattia, il pudore od il timore fanno sì che il medico sia l' ultimo ad essere interrogato ; ed una contigenza più frequente è, che taluni fiduciosi nei farmacisti o nei farmaci meravigliosi che stanno scritti sulle quarte pagine de' giornali, od in una certa qual scienza acquistata per lunga pratica propria, cercano di curarsi da loro; riserbando poi al medico il compito di farlo se non lo sapranno essi stessi. In tal modo il numero di coloro ai quali questa cura è applicabile devo essere assai scarso. La fallanza che tocca molte volte per la incerta sua applicazione, ed il caso in cui un'uretrite manifestasi addiritura col sintomo patognomonico, o che sia stata preceduta da dolori, casi nei quali la malattia difficilmente abortisce, anche quando la medicazione fu bene applicata, allora le guarigioni che esso vanta devono essere limitatissime. Se si bilanciano poi i vantaggi di questo metodo coll' altro, a pari circostanze, non saprei veramente quali siano quelli del primo, in confronto con quelli del secondo. Probabilmente la prostatite, l'orchite, e la cistite si svilupperanno coll'applicazione delle injezioni caustiche, e forse più di quello che il potrà una blennuretria ben curata fin dal principio: è una tale medicazione che per risparmiare all'ammalato i dolori causati da complicazioni che probabilmente non si verificheranno, cagiona per certo delle sofferenze, alle quali forse non vi si sottometterebbe la seconda volta.

L'A. Cullerier nel suo Précis Iconographique des maladies vénériennes, in corso di pubblicazione, condanna assolutamente questo metodo, poichè la condizione indispensabile per riuscirvi, si è che l'injezione tocchi tutti i punti dell'uretra malata, condizione difficile per non dire impossibile ad ottenersi anche al principio della blennorragia, per la ragione che la flogosi non resta limitata alla

fossa navicolare, e quando lo parti profonde dell'uretra vengon prese, è quasi impossibile di fissaro i limiti del malo. Cosicchè alcuni punti non modificati dal caustico comunicano agli altri l'infiammazione, che riprendorà ben tosto la pristina intensità. È una objezione seriissima. Il Cullerier invece preferisco il trattamento abortivo per mezzo dei balsamici amministrati internamente ad alte dosi, da 15 a 20 grammi di copaibe nelle ventiquattr'ore, oppure da 20 a 30 grammi di cubebe nell' egual spazio di tempo. Egli dice che con questo trattamento ben impiegato in 4 o 5 giorni lo scolo sparisce; l'uso dei balsamici però deve essere continuato molto tempo dopo la guarigione in dosi decrescenti. Questa medicazione ha il vantaggio, che se non riesce come abortiva, modifica certamente in meglio il progresso della malattia; ha però l' inconveniento di non poter essere sempre tollorata.

Cura del periodo acuto. — La dieta, l'esercizio regolato o il regime di vita sono importantissimi in ogni periodo dell'uretrite. Nella cura del periodo infiammatorio, come nella cura abortiva del primo periodo, se il paziente sta a letto alcuni giorni, metà della battaglia è vinta. Bisogna mettergli innanzi i vantaggi della quiete, del riposo assoluto e bisogna fare il possibile perchè vi si decida; ne troveremo però pochissimi; si può dire che in genere chi chiama il modico è disposto a seguirne i consigli, ma non basta la volontà; ci sono gli affari, c'è la necessità del secreto che impediscono di fare tutto quanto si vorrebbe; un uomo d'affari starà in casa quando vi si troverà obbligato da una grave malattia, non già per un'uretrite. Ciò però non ci deve fermare e noi dobbiamo consigliaro il letto ad ogni paziente, quantunque persuasi di riuscire con pochissimi.[1]

Evitare il più che sia possibile ogni sorta d'esercizio; il passeggio, la danza, il cavalcare, lo stare in piedi a lungo, sono tutti dannosi; anche una lunga corsa in carrozza può far peggioraro

[1] Questi precetti del Bumstead sono di una utilità pratica di sommo rilievo. È certo che il risultato lodevole che si ottiene negli Ospedali dove gli infermi sono obbligati al riposo e sopratutto al regime dietetico, le quali cose costituiscono quasi per loro sole la metà della cura, non sono quasi mai possibili in pratica privata, nella quale queste affezioni facilmente traggono in lungo o recidivano ben presto.

A. Ricordi.

un'uretrite e farla recidivare quando sia apparentemente guarita; appena lo si può, si preferisca la posizione orizzontale; si sostengano gli organi genitali col sospensorio, non importa di qual materiale, ma il medico osserverà che non riscaldi troppo la parte. Durante i sintomi acuti la dieta deve essere esclusivamente farinacea e proscrivere la carne, gli stimolanti, gli asparagi, il caffè e gli acidi; astenersi non solo dalla venere, ma anche dalla compagnia di donne facili.

Cominciando la cura del periodo acuto di una uretrite blennorragica, sarà bene somministrare un purgante attivo; [1] per es., 25 centigrammi di calomelano con 50 di gialappa, una dose di solfato di magnesia, oppure tre o quattro pillole catartiche. [2] Se i sintomi infiammatorj sono violenti gioveranno le sanguisughe al perineo; questa indicazione però si riscontra assai di rado. Si abbia cura della nettezza del glande onde evitare la balanite; il bagno caldo locale è giovevolissimo; diminuisce il bruciore nell'orinare e il dolore locale; [3] io trovo che le parole di Milton in proposito sono giu-

[1] Il purgante attivo è somministrato nel doppio intento, di togliere la costipazione di ventre, che ha l'inconveniente di intrattenere la congestione agli organi genitali, e di promuovere una rivulsione sul tubo intestinale. Alcuni pratici preferiscono di adempire solamente alla prima indicazione e si attengono ai leggieri purganti, o semplicemente ai clisteri oleosi. Nei casi in cui si possono adoperare i drastici, alcune volte lo scolo subisce una favorevole modificazione, ed anche cessa. Hunter racconta di un individuo che guarì subito d'uno scolo, per aver preso in una sol volta mezzo grammo di calomelano che lo purgò violentemente. Colombic, ed altri narrano casi di repentina guarigione di blennuretrie per l'ingestione d'un frutto di coloquintide, ma guarirono dopo aver provato gravissimi accidenti. Sandras si lodava dell'aloe sopratutto nelle uretriti croniche: ed il Regnaud, ebbe buoni risultati dall'amministrazione del medesimo drastico nelle uretriti acute.

A. Ricordi.

[2] Il Dispensario degli Stati Uniti prescrive le pillole catartiche, così:

Estratto composto di coloquintide grammi 15.
Estratto di gialappa in polvere
Calomelano ana grammi 9.
Gamboge in polvere grammi 2.
M. div. in 18) pill.
Ogni pillola contiene circa 5 centigrammi di calomelano.

Il Traduttore.

[3] Anche di raro si ricorre al salasso generale, ma nei soggetti giovani vigorosi, a temperamento sanguigno, ne' quali i dolori vivi al perineo ed agli inguigni possono produrre intensa reazione febbrile, questo presidio

stissime: — La sola applicazione topica che io posso dire non mi ha mai sbagliato, che al tempo stesso è sicura semplice ed utile, è il bagno caldissimo al pene; ma perchè il risultato sia soddisfacente, l'acqua non deve già essere tiepida ma caldissima fino a produrre escoriazioni; [1] applicata così nei primi periodi della malattia il peso che si sente ai testicoli scompare, il dolore che si prova sia nell' orinare sia nel fare le injezioni diminuisce, il prepuzio e il glande riacquistano tosto temperatura e coloro naturale. —

Ottenuta l'azione del catartico in molti casi si può cominciare a dirittura col copaivè e col cubebe; se però il pene è ancora molto gonfio e se il bruciore nell'orinare è tuttora cocente, aspetteremo alcuni giorni a dare gli antiblennorragici e si daranno invece gli alcalini o i diuretici, o soli o combinati coi sedativi onde rendere l'orina meno irritante col diminuirne l'acidità, ovvero diluendo i sali contenuti coll'accrescere la quantità di liquido. Da 3 a 6 grammi di clorato, di acetato o di nitrato di potassa, o grammi 6 a 9 di soluzione di potassa in 500 grammi di decotto di semi di lino, da prendersi nelle ventiquattro ore; anche la seguente è una formola eccellente: —

Bicarbonato di potassa grammi 6.
Tintura di josciamo grammi 30.
Mucilagine grammi 150.
M.
Un cucchiajo ogni tre ore.

Non bisogna prescrivere la tintura di josciamo mescolata alla soluzione di potassa perchè l'effetto della prima vien distrutto dalla

chirurgico riesce utilissimo. Oltre ai peniluvj tiepidi o caldi, giovano molto, i bagni generali, i semicupj, e l'applicazione dei bagnoli freddi al pene, ed al perineo; le compresse devono essere subito cambiate appena siensi riscaldate, ed essere mantenute continuamente fino a che dura la loro indicazione. Il freddo applicato a brevi intervalli, produce l'esacerbazione dei dolori, ed aumenta la proclività alle erezioni lascive e sintomatiche.

A. Ricordi.

[1] Questo metodo del Milton sarà efficacissimo ma è forse un po'troppo eroico, e ripugnerà non poco ai malati, giacchè l'acqua per produrre le volute escoriazioni dovrà toccare quasi il grado di ebollizione; noi abbiamo dei mezzi molto più miti che conducono al medesimo intento.

A. Ricordi.

presenza di un alcali caustico.[1] In questo periodo della malattia, Milton raccomanda la seguente prescrizione: —

Polvere di clorato di potassa grammi 6.
Acqua bollente grammi 150.
Mescola e aggiungi —
Soluzione di potassa grammi 9.
Acetato di potassa grammi 9 — 15.
Mescola e cola.
Grammi 30 tre volte al giorno.[2]

Se l'alvo è chiuso, Milton aggiunge a ciascuna dose della miscela una sufficiente quantità di polvere di rabarbaro (centigr. 25 a 1 grammo) onde ottenere due o tre scariche giornaliere. La seguente è un'altra formola raccomandata da Milton: —

Acetato di potassa grammi 30.
Spirito di etere nitrico grammi 9.
Acqua di canfora grammi 200.
M.
Grammi 30 tre volte al giorno.

Se il pene è molto gonfio o rosso, il meato contratto per la distensione delle pareti o l'uretra in una condizione di eccessiva

[1] Questo fatto fu recentemente enunciato come nuovo, e confermato cogli esperimenti dal Dr. GARROD; Med.-Chir. Transact., Sec. Serie, vol. XXIII, Londra, 1858.

[2] Nel comparto sifilitici del nostro Ospedale Maggiore usiamo vantaggiosamente delle polveri attenuanti nella formola che segue:

Tartrato di potassa grammi 200.
Azotato di potassa grammi 10.
Polv. di gomma arabica grammi 100.
M. e dividi in parti eguali 48.
Quattro o sei al giorno con decotto di linseme o d'orzo.

Alcuni proscrivono affatto i diuretici e le abbondanti bevande temendo di moltiplicare al malato i dolori della minzione: è una idea erronea, essi diluiscono di molto i sali contenuti nell'orina la quale irrita meno la mucosa uretrale; una prova che conferma questa verità, e la mia idea che espressi più addietro sulla causa del dolore nella minzione, si è, che è molto più doloroso l'esercizio di questa funzione alla mattina, che durante il giorno. Nel primo caso la così detta orina del sangue è stracarica di principj salini, che si trovano in minor abbondanza nel secondo, qualora i malati bevano molto.

A. RICORDI.

sensibilità, le misure generali che ora ho indicato sono gli unici mezzi di cura, senza rimedj locali tranne l'acqua calda, e così fino a che l'infiammazione non abbia rimesso alquanto. Nella maggior parte dei casi però specialmente quando il paziente ebbe altre uretriti, i sintomi locali non sono gravi anche nel periodo acuto e si può benissimo introdurre nell'uretra l'estremità di una siringa, senza che ne derivi un gran dolore; in questo caso, un'injezione con glicerina ed opio gioverà moltissimo al dolore locale, ad affrettare la remittenza dell'infiammazione e a diminuire lo scolo; io posso veramente dire che queste injezioni sono buonissime e che giovano assai in queste circostanze; non si metta però l'opio in forma di tintura, poichè l'irritante dell' alcool neutralizza l'effetto dell'opio; il fluido si injetta dolcemente in modo da non distendere il canale dolorosamente. Io adopero la seguente formola: —

Estratto d'opio grammo 1.
Glicerina grammi 30.
Acqua grammi 90.
M.
Da adoperarsi ogni volta che si è orinato.

In molti casi di forma subacuta, si possono aggiungere da 2 a 5 centigrammi di acetato o solfato di zinco per 30 grammi della miscela anche sin dal principio; sono pochissimi i casi nei quali non lo si possa fare entro ventiquattro o quarantotto ore, quando si vede un certo miglioramento nell'infiammazione, nel dolore e nel bruciore locale. Se il miglioramento continua, si aumenta a poco a poco la quantità dell' astringente e si diminuisce quella dell' opiato continuando la cura coi principj stabiliti pel terzo periodo.

Nella cura del periodo acuto dell'uretrite blennorragica non bisogna insistere troppo coi mezzi antiflogistici. Si tenga in monte che la malattia tende naturalmente ad abbattere l'organismo, e l'organismo indebolito influenza la malattia e ne prolunga la durata. Ci capitano spesso dei pazienti che si curarono loro medesimi per qualche settimana, prendendo giornalmente un purgante e tenendosi ad una dieta scarsa; nondimeno l'uretrite non migliorò; il metodo antiflogistico può solo migliorare i sintomi più acuti ma non gua-

risce la malattia; onde appena che è cessato il bruciore nell'orinare, appena che l'infiammazione è alquanto diminuita, non c'è bisogno che il malato resti nella sua stanza e che si attenga ad una dieta scarsa; nè per nessun motivo si prolunghi il riposo assoluto e l'astinenza, quando dopo un certo tempo non se ne vede alcun miglioramento, tanto più se il polso invece indebolisce e le forze vanno mancando. In alcuni casi, quando il paziente è indebolito per precedenti malattie o eccessi o altre uretriti, bisogna astenersi da ogni mezzo che può sottrarre vigoria al sistema e ricorrere invece ad una buona vita, al chinino, al ferro, ed ai tonici fin dall'esordire della malattia. Bisogna che i medici se lo fissino bene in mente, che il periodo antiflogistico troverà indicazioni solo in individui robusti e che hanno l'uretrite per la prima volta; chi vi fu soggetto prima parecchie volte, è difficile che abbia bisogno di un tal metodo in nessuno dei periodi della malattia. Sta al criterio del medico il conoscere le indicazioni di ciascun caso individuale.

Cura del periodo di declinamento. — Una notabile diminuzione del bruciore nell'orinare e del dolore locale, sono per me miglior indizio del rimettere del processo flogistico che non il carattere dello scolo, il quale, indipendentemente della cura, spesso continua copioso e purulento a terzo periodo innoltrato.

È necessario dir qualcosa quanto al metodo di vita. In via generale, bisogna proibire assolutamente le bevande spiritose o fermentate, astenersi egualmente dalla venere fino a quindici giorni almeno dopo la guarigione; incontrerete dei pazienti che sono bevitori consumati o che non tollerano la sottrazione completa di questo stimolo senza cadere in debolezza tale che la loro malattia venga a prolungarsi ed a resistere ancor più alla cura; in questi casi eccezionali, si conceda del vino leggiero, poco alcoolico, da beversi a pranzo; in ogni caso si proscrivano le birre perchè sono più dannose d'ogni altro liquore che contenga anche maggior quantità di alcool. Il paziente deve ora ritornare ad una dieta più larga ma semplice, senza carni salate, senza cibi molto conditi, nè asparagi, nè formaggi, tener aperto l'alvo e ciò colla regola nel cibo in modo da avere una scarica ogni giorno; se stette in casa durante il periodo acuto, ora può uscire, ma approfittando modera-

tamente tanto del moto quanto dello star fermo in piedi; non si abbandoni però il sospensorio. Gli ammalati domandano spesso se l'uso del tabacco sia nocivo; io credo che sì, e che il fumarlo come il masticarlo, tanto più se in modo eccessivo, rilascia gli organi genitali, e tende a sostenere lo scolo uretrale; negli individui soggetti a spermatorrea ho sempre trovato che il fumare nella sera era seguito da un' emissione durante la notte, e sono persuaso che molti casi di uretrite blennorragica vengano prolungati dall'uso eccessivo del tabacco; raccomando pertanto ai miei pazienti di astenersene affatto, o per lo meno di usarne con molta moderazione.[1]

Le injezioni, il copaive e il cubebe sono i migliori rimedj per il terzo stadio dell'uretrite, e più degli altri due le injezioni, che sono il mezzo più sicuro per combattere la malattia, arrivata a questo periodo; non ostante tutto quello che si disse contro, io ritengo fermamente, che il chirurgo il quale volontariamente rinuncia alle injezioni, dimette l'arma più possente a combattere l'uretrite blennorragica, e se ne resta a un dipresso a mani vuote.[2]

Contro alle injezioni si opposero i seguenti argomenti:

1. Si disse che il fluido injettato spinge innanzi a sè il muco-pus nell' uretra, e così porta più lontano la malattia. Ammesso come possibile anche questo, si può evitarne il danno conseguente, orinando prima di fare l' injezione.

2. Si disse che le injezioni favoriscono l'epididimite ed altre com-

[1] Il Dr Shipley pubblicò non è molto due casi di uretrite blennorragica nei quali lo scolo scompariva sospendendo l' uso del tabacco, e ritornava col riprenderlo. (Boston Med. and Surg. Journal. Nov. 22, 1860).

[2] Il Bumstead, trasportato dai buoni esiti che si ottengono anche colle injezioni, ha fatta troppo poca giustizia al copaive, ed al cubebe; sono due rimedj che amministrati convenientemente, danno degli eccellenti risultati. Col metodo antiflogistico, e coll'impiego di questi balsamici, nel comparto sifilitici del nostro Ospedale, la durata media delle uretriti blennorragiche fu di sedici giorni: mentre invece il Bumstead, pare non abbia avuto col suo metodo, riguardo al tempo di durata dell'uretrite, un vantaggio sopra il trattamento di questa malattia coi soli balsamici, poichè termina questo capitolo dicendo, che la durata media delle uretriti blennorragiche trattate abilmente è di tre o quattro settimane. Non è quindi assolutamente vero che le injezioni, sieno l'arma più potente a combattere l'uretrite, e che non usando di questi mezzi si resti quasi a mani vuote. Sono utilissime, ma non costituiscono l'esclusivo e sempre migliore mezzo di cura. A. Ricordi.

plicazioni dell'uretrite blennorragica. Ciò non succede che quando le injezioni sono assai forti, o quando si praticano male e con violenza.

3. Si disse, ed è questa la principale delle opposizioni, che sono causa frequentissima di stringimenti uretrali. Gli oppositori delle injezioni vollero provare questo argomento, citando casi numerosi di stringimenti preceduti da uretriti curate colle injezioni. Questo si chiama ragionare *post hoc ergo propter hoc* e non prova nulla.

So di alcuno, che dopo numerose ricerche su individui con stringimenti, ebbe a conchiudere che il decotto di semi di lino è causa non rara di stringimento. È assai probabile, come opina anche Ricord, che gli stringimenti dipendano dall'infiammazione cronica che li precedette da lungo tempo, come succede nei casi di uretrite; e ritengo assai più valevole questa causa che non quella delle injezioni; si aggiunse a sostegno di quest'opinione, il fatto conosciuto, che nell'infiammazione cronica di una membrana mucosa, abbiamo un'effusione di materiale plastico nel tessuto cellulare sotto-mucoso.

Le objezioni all'uso delle injezioni, derivarono io credo, dall'abuso che se ne fece, o da un falso raziocinio, e non reggono ad un severo esame. Usate convenientemente, ci si offrono come il mezzo più efficace per curare l'uretrite blennorragica; si adoperano da tutti i medici, tranne pochissime eccezioni.

Le injezioni sono particolarmente indicate nella cura del primo periodo col metodo abortivo, e nella cura del terzo periodo; in pochissimi casi però, si possono impiegare con vantaggio, e deboli, anche nel periodo acuto.

Con questo, non si intende già di dire che le injezioni, siano infallibili nel loro successo, nè che si possano adoperare indifferentemente in tutti i casi; anzi in alcune circostanze riescono dannose. Se nel corso della cura, il paziente prova un bisogno frequente di orinare, e si hanno altri sintomi che segnano l'infiammazione del collo della vescica o della prostata, si devono tosto sospendere; anche il dolore continuo del pene, e un certo grado di tumefazione de' suoi tessuti, controindicano l'uso d'ogni injezione astringente od irritante; in questi casi però, la formola che raccomandammo per il periodo acuto, contenente glicerina ed estratto d'opio, può giovare. Nè si dimentichi che qualche volta le injezioni so-

stengono lo scolo per la loro azione irritante, per quanto siano di composizione semplice; onde passata la violenza della malattia, si devono impiegare ad intervalli, ed anche ometterle fino a che si trova necessario di riprenderle.

Il modo di usare della siringa nel terzo periodo, è ancora lo stesso come nel metodo abortivo del primo periodo; se ne dovrà però impiegare una più grossa, che contenga per esempio da 9 a 12 grammi; giacchè ora non v'ha più necessità di limitare l'azione dell'injezione posteriormente, anzi è bene spingerla più in là che si possa, onde arrivare a tutta la superficie malata. A questo fine e per ottenere una completa distenzione del canale ed esporne tutte le ripiegature, si scorre coll'indice lungo la superficie inferiore dell'uretra dall'avanti all'indietro e dallo indietro all'avanti. Si dovrà sempre orinare prima dell'injezione, e farne due ogni volta.

Furono vantate moltissime sostanze come principj attivi delle injezioni. È desiderabile però il farne una certa scelta, poichè la medesima injezione non riesce sempre bene in ogni caso. Un mio paziente per esempio, che ebbi a curare più volte per uretrite blenorragica, peggiora sempre con una injezione di solfato di zinco, e migliora assai con una injezione debole di nitrato d' argento. Si incontrano anche queste singolarità; ma io credo che il più delle volte i giovani pratici, consumano assai tempo cambiando or l'una or l'altra delle infinite varietà di injezioni proposte nei libri, coll'idea di ottenere un'azione specifica dagli ingredienti impiegati, mentre per verità, spessissimo, il buon esito dipende dal modo di applicare l'injezione, dalle condizioni generali di salute e dalle complicazioni che si hanno nel caso.

Più d'ogni altro astringente, come principio attivo delle injezioni del terzo stadio, io preferisco d'assai il solfato di zinco, che è pure il prescelto da Sigmund, da Milton ed altri eminenti. Ho già parlato dell'aggiunta di una piccola quantità di questo sale nelle injezioni sedative del periodo acuto, dopo che sono passati i sintomi più acuti; andando avanti si può crescere la proporzione del solfato e diminuire quella dell'opiato, fino a tralasciare del tutto quest' ultimo. La forza dell'injezione dev' essere tale da eccitare nell'uretra un leggiero senso come di bruciore, ma non così da cagionare un dolore grave o assai continuato. Migliorando, l'injezione cesserà dal dare questo senso di bruciore, e non c'è bisogno di

crescerne la forza. È raro che si debba oltrepassare la proporzione del solfato, come sta in questa formola: —

Solfato di zinco centigrammi 60.
Acqua grammi 120.
M.

La glicerina può essere sostituita da 15 a 30 grammi d'acqua. Quanto alla frequenza sulla quale regolarsi nell'applicare le injezioni, io prescrivo ai pazienti di farle ogni volta che si è orinato, calcolando che si faranno così da quattro a cinque injezioni nello ventiquattro ore. È bene che l'ultima injezione si faccia un'ora o due prima di andare a letto; diversamente, favorisce le erezioni o l'incordatura durante la notte.

Se lo scolo non diminuisce, usando queste injezioni, combinate in molti casi col copaive e il cubebe presi internamente, io ricorro per lo più ad una soluzione di nitrato d'argento, 10 a 25 centigrammi per 30 grammi d'acqua, e faccio io l'injezione al paziente giornalmente, od anche due o tre volte al giorno; nel tempo stesso però il paziente non trascuri le sue injezioni di solfato di zinco. Si deve vegliare diligentemente l'effetto di un'irritante quale è il nitrato d'argento; nè si deve confidarne l'impiego al malato.

L'acetato di zinco è del medesimo valore o quasi, del solfato, e stanno per il primo, le osservazioni che abbiamo fatte pel secondo. Se mi si domandasse il mezzo più semplice di cura dell'uretrite blennorragica e il più conveniente nel maggior numero dei casi, risponderei: una debole injeziono di solfato od acetato di zinco, 5 a 15 centigrammi in 30 grammi d'acqua. Molti giovani si tengono in tasca una ricetta consimile (per lo più coll'aggiunta d'un po' di morfina o di qualche grano d'opio in polvore), colla quale riescono quasi sempre, a frenare l'uretrite senza ricorrere ai nauseabondi anti-blennorragici, ed anche, senza ricorrere al medico.

Il solfato di zinco era il prescelto del Dr. Graves il quale usava combinarlo col carbonato di zinco impuro, come nella seguente formola: —

Solfato di zinco centigrammi 15.
Calamina centigrammi 30.
Mucilagine grammi 6.
Acqua grammi 18.
M.

Quanto all' aggiunta della calamina, il Dr. Graves dice: Come agisca il lapis calaminaris, a meno che come principio meccanico, sarebbe difficile il dire; questo io so, che è assai giovevole, perchè adoperai con vantaggio e per lungo tempo questa formola, come consiglia Thomas nella sua Practice of Physic. [1]

Il cloruro di zinco è un caustico potente ed irritante, che adempie, quantunque in modo meno perfetto, alle medesime indicazioni del nitrato d'argento, onde lo si può impiegare in circostanze analoghe. È un' injezione prescelta da qualche pratico, e specialmente dal mio rispettabile amico, Dr. J. P. Batchelder, il quale lo adopera in una soluzione forte, ad ogni periodo dell'uretrite blennorragica, e asserisce, che solo pochi casi, resistono oltre la settimana. Il Dr. Batchelder scioglie 6 grammi di cloruro in 9 di acqua e prescrive al paziente di cominciare con tre gocce della mistura in un cucchiajo d'acqua da injettarsi per tre volte al giorno; di aggiungere una goccia per volta (quasi mai oltrepassa le otto gocce), fino a che si provi un senso di bruciore, e allora diminuirne la forza fino alla cessazione dello scolo. Ho provato varie volte questo metodo, ma non mi corrispose; in generale io ritengo che l'azione del cloruro di zinco sia inferiore a quella del nitrato d'argento, e non senza pericolo, e ne limiterei l' uso a certi casi di goccetta, nei quali si voglia destare un'infiammazione acuta.

Darò qui alcune tra le moltissime formole per injezioni, adoperato nella cura dell' uretrite blennorragica; le scelgo tra le migliori: —

Solfato di rame centigrammi 60.
Acqua grammi 120-200.
M.

Sottoacetato di piombo liquido grammi 15-30.
Acqua q. b. — gram. 120.
M.

Allume centigrammi 60-150.
Acqua grammi 120.
M.

Milton dice: — La mancanza di dolore che ne deriva impiegando l'al-

[1] Clinical Lectures, London Med. Gaz. nuova serie, vol. 1, 1838-9, p. 438.

lume, e la sua debole facoltà curativa, me lo fanno classificare in un ordine secondario. Dubito assai che possegga qualche vantaggio sulle debolissime injezioni di nitrato d'argento e di solfato di zinco, e ne restringerei l'uso a quei pochissimi casi accompagnati da moltissimo dolore, finchè si possa tosto dar mano agli altri due. —

Nella seguente formola abbiamo l'allume e il solfato di zinco combinati: —

Soluzione composta di allume [1] grammi 30.
Acqua grammi 90.
M.

Due formole assai adoperate da Ricord sono le seguenti: —

Solfato di zinco,
Acetato di piombo ana centigrammi 150.
Acqua di rose grammi 200.
M.

Solfato di zinco centigrammi 75.
Acetato di piombo centigrammi 150.
Tintura di catechu
Vino d'oppio, ana grammi 3.
Acqua di rose grammi 200.
M.

Si ponno impiegare anche gli astringenti vegetali, tanto soli che combinati con sali e metalli: —

Vino rosso grammi 200.
Acido tannico centigrammi 90.
M.

Solfato di zinco
Acido tannico ana centigrammi 60.
Acqua grammi 120.
M.
(Colla decomposizione del solfato si forma un tannato di zinco).

[1] Secondo il dispensorio degli Stati Uniti:

Allume
Solfato di zinco ana grammi 30.
Acqua bollente grammi 1500.
S. l'allume e il solfato nell'acqua e cola.

Il Traduttore.

Gamberini di Bologna [1] consiglia le injezioni di *tintura d'aloe*; eccitano un momentaneo senso di bruciore, ma giovano assai.

Tintura di aloe grammi 15.
Acqua grammi 120.
M.

Recentemente, fu vantato il sottonitrato di bismuto. Agisce come sodativo locale, e, depositato sulle pareti dell'uretra, può forse proteggere la superficie ammalata. Di 52 pazienti trattati esclusivamente colle injezioni di sottonitrato di bismuto, 36 guarirono dopo una cura di 22 giorni in media. [2] Non ho trovato che un inconveniente nella injezione di sottonitrato di bismuto, ed è che il sale si deposita sull'uretra, onde la sua presenza meccanica eccita un senso assai incomodo il quale non cede che orinando. Siccome non è solubile nell'acqua, bisogna sospenderlo colla mucilagine, e scuotere il vaso prima di adoperare il liquido.

Sottonitrato di bismuto grammi 6.
Mucilagine grammi 15.
Acqua grammi 100.
M.

In molti casi di uretrite le injezioni di sola acqua freddissima appena emessa l'orina, giovano assai diminuendo il dolore e l'irritazione, e non sono inutili nella cura dello scolo. [3]

[1] Rev. de Thér. Med.-Chir. Gen. 1, 1860, p. 13.

[2] Victor de Meric. Report to the Med. Society of London, aprile 30, 1860.

[3] L'azione medicatrice dovuta al copaive amministrato internamente, si crede sia dovuta ad una modificazione che subisce questo farmaco passando attraverso gli organi digerenti ed i reni; è indubitatamente locale per l'intermediario dell'orina la quale per essa acquista una speciale proprietà terapeutica. Il Langlebert, in una sua Memoria indirizzata all'Accademia Medica di Parigi, confutò questa credenza adducendo che il copaive, è un'olio-resina, composto di resina fissa e d'una essenza isomerica con quella del limone, e che questo medicamento attraversando i reni non subisce un cangiamento molecolare, ma una vera distillazione in virtù della quale la sua essenza si separa e si discioglie nell'orina. Appoggiato a questa idea teoretica il Langlebert. imaginò di impiegare l'acqua distillata di copaive per injezione contro l'uretrite. Egli l'adopera o sola,

Copaive e Cubebe. — Si chiamano anti-blennoragiche, alcune droghe le quali pare, abbiano un'azione elettiva nell'arrestare l'infiam-

più di frequenti associata a sostanze astringenti sciolte nell'acqua semplice. La precipue formole sono le seguenti:

Acqua distillata di copaive grammi 100.
Solfato di zinco grammi 30 — 40.
Tintura di cachou grammi 1.
M.

Acq. distillata di copaive grammi 100.
Solfato di zinco centigrammi 20 — 30.
Laudano di Rosseau grammi 1 — 3.

Oppure le medesime proporzioni di acqua distillata di copaive o di solfato di zinco, dell'ultima formola, coll'aggiunta di centigrammi 10 di pietra divina, o d'un grammo di acido tannico.

Solo da poco tempo il Thiry ha inaugurato un nuovo metodo pel trattamento dello uretriti. L'illustre clinico dell'ospedale di San Pietro, sottomettondo a leggi fisso l'uso delle injezioni, fece di esse un mezzo terapeutico efficace, il quale secondo lui, produce sempre effetti identici, certi, provisti, necessarj. Ho già fatto osservare più addietro la classificazione che il Thiry addotta per le uretriti; ora, egli dice, data una uretrite bisogna scegliere il metodo curativo secondo alcuni criterj desunti dalla natura ed acutezza del male, dalla causa, e dalle complicazioni, e da ciò regolare il modo ed il numero dello injezioni. Egli crede che quasi tutte le injezioni sieno male applicate, e non con quelle cure che garantiscono il buon successo, perchè non si preparano sufficientemente lo mucose all'influenza dei mezzi terapeutici, perchè son fatte troppo rapidamente in modo che l'aziono loro è fugace, perchè in alcuni casi si trattengono nell'uretra più del tempo debito, injezioni assai attive; finalmente perchè adoperansi alcune volte injozioni troppo deboli, e che sono insignificanti. Questo nuovo metodo, è dolle injezioni a piccoli intervalli (coup sur coup) le quali convengono riguardo al tempo d'applicazione, a tutte le sorta delle uretriti, in ciascuna d'esse però può variare la sostanza medicamentosa. Il Thiry fa queste injezioni con due metodi, ed impiega nel medesimo tempo, qualunque medicazioni interne: o le ripete nel decorso di una giornata, ad eguali intervalli, secondo la natura della uretrite, e la forza del liquido injettato, (questo processo è riservato per lo più quando si adoperano le injezioni caustiche), oppure le fa, 3, 4, fin 5 volte in pochi momenti, dopo di che lascia riposar l'organo ammalato, per più o men tempo, (in questo caso, generalmente fa uso di injezioni emollienti, astringenti o narcotiche).

In una uretrite, acuta, semplice, con dolore e minzione difficile, con scolo muco-purulento, il Thiry nell'intento di guarire il più presto possibile o d'allontanare le spiacevoli conseguenze dell'uretrite, amministra al malato, se non v'è controindicazione per parte della vie digestive, il copaive ad alte dosi, prescrive una dieta severa, bevande emollienti, od alcaline, e nello stesso tempo un bagno generale tiepido e prolungato, nella durata del quale il malato si injetta continuamente nell'uretra l'acqua del bagno; appena uscitone è sottoposto alle injezioni sostitutive (azo-

mazione della membrana mucosa dell'uretra; le migliori di queste droghe sono il copaive e il cubebe. Hunter e Ricord hanno fatto

tato d'argento centigrammi 35, acq. distill. gram. 30). Nel primo giorno le injezioni si succedono di due in due ore, termine nel quale cessa il dolore che ne risulta; all'indomani invece si praticano di tre in tre ore, e così si continua in via di regressione fino a che, non se ne fa che una sola al giorno: allora la cura è terminata. Che se a quest'epoca persistesse alcun poco lo scolo mucoso, lo si fa comparire colle injezioni, di borato di soda, o sotto azotato di bismuto.

Nel caso che il Thiry voglia trattare una uretrite, sia granulosa che ulcerosa, adopera una soluzione argentica che contiene dieci centigrammi di sale, più della prima; in questo caso l'injezione non è più sostitutiva, ma modificatrice, l'intervallo di tempo pel primo giorno, è di tre ore (questo tempo però non è fissato matematicamente; il pratico invece del pendulo, dovrà consultare lo stato delle parti malate, ed il risultato ottenuto). Essa dovrà sospendersi quando la turgescenza è diminuita, e quando lo scolo che nella contingenza attuale è purulento, assume un aspetto biancastro, albuminoso. Generalmente però quando l'ulcero risiede nella parte profonda dell'uretra, il Thiry preferisce la cauterizzazione col porta-caustico; l'injezione, la riserva ne' casi in cui quest'accidente trovasi nella prima porzione dell'uretra.

Il tempo di permanenza del liquido injettato sia esso modificatore, o sostitutore, non deve eccedere quello d'un minuto, nè esser di meno di trenta secondi. Anche la sua quantità, sarà proporzionata alla capacità dell'uretra ed alla estenzione del male. Si comprimerà la regione perineale onde impedire che il suo contatto al di là del bulbo, susciti degli inconvenienti; ad ogni injezione se ne dovrà premettere una emolliente di lavatura. Se le injezioni modificatrici suscitassero vivo dolore, si prescriverà un semicupo, od una injezione di acetato di morfina o d'olio di giusquiamo.

Le injezioni astringenti sono dal Thiry, applicate ripetutamente in pochi istanti, tre, o quattro volte al giorno. Se nel primo giorno si son fatte quattro serie di sei injezioni cadauna, nel secondo invece se ne diminuisce una per serie, così il terzo, il quarto e così via fino a guarigione. Gli astringenti ch'egli preferisce sono così formolati:

Solfato di zinco centigrammi 75.
Laudano liq. Syden. centigrammi 40.
Acq. distill. grammi 120.
M.

Acetato di piombo grammi 1.
Acq. distill. grammi 120.
M.

Bicloruro di ferro centigrammi 50.
Acq. distill. grammi 150.
M.

Tannino centigrammi 125.
Acq. distill. grammi 120.
M.

delle interessanti ricerche per determinare l'azione di questi agenti.

La pratica ci ha insegnato che il copaive e il cubebe hanno pochissimo effetto curativo sugli organi genitali dei due sessi, fuor che sull'uretra; si è quindi creduto che agissero solamente colla loro presenza nell'orina, e non già anche per via della circolazione generale; il qual fatto non fu precisamente dimostrato. Nella Sala di Ricord all'Hôpital du Midi, entrò un uomo con uretrite blennorragica, e con un seno fistoloso comunicante coll'uretra a poca distanza dallo scroto, prodotto da una legatura che gli venne applicata quand'era fanciullo. Egli poteva a volontà, allontanando od avvicinando i margini della fistola, far uscir fuori l'orina dall'orifizio artificiale, o farle percorrere tutta la lunghezza dell'uretra; tutti e due le porzioni del canale erano ammalate per uretrite blennorragica. Ricord diede il copaive a questo individuo dicendogli di far passare tutta l'orina per la fistola. In pochi giorni la malattia era guarita nella parte posteriore del canale, al di dietro dell'apertura fistolosa per cui passò l'orina; e la parte anteriore rimase tale qual'era. Gli fece allora emettere l'orina lungo tutto il canale, o in pochi giorni, guarì anche la parte anteriore. Per una singolare combinazione poco dopo si presentarono a Ricord due

Alcune volte combina lo zinco al tannino, è rimpiazza, sopratutto nelle uretriti antiche resistenti, l'acqua, con quella distillata di copaive, secondo il precetto di Langlebert, o con quella di cubebe.

Il Dr. Oscar Max interno nell'ospedalo di San Pietro che faceva conoscere in un suo importante articolo inscrito nella Presse Médicale Belge, questo nuovo metodo curativo del suo maestro, ha unito alla sua Memoria cinque osservazioni di uretriti che hanno dato risultati i più soddisfacenti, la Iª guarì in 7, la IIª in 13, la IIIª in 5, la IVª in 6, la Vª in 10 giorni; credo non si possa ottenere di più.

Il numero delle uretriti, è però tanto considerevole, che la citazione di sole 5 osservazioni in prova di efficacia d'un metodo curativo, è per avventura un po' troppo limitata; poi quest'esito così brillante sopra quanti falliti, o meno pronti fu ottenuto? il Dr. Max non lo dice; a meno che quelle osservazioni non le abbia riportate come mostra di tutte le altre consimili, ed in tal caso questo metodo non avrebbe più nulla a desiderare, qualora sia sopportato dal malato. L'efficacia curativa di questo metodo del Thiry, non la si deve poi solamente alle injezioni coup sur coup, ma in buona parte all'azione dei balsamici che egli amministra, ed a larghe dosi sul principio, azione in verità apprezzabilissima, ed alla quale, io credo non si potrà negare tanta parte del successo. Sono ben lontano però dal disconoscere nelle injezioni medicamentose, e nel metodo razionale di loro applicazione, un prezioso mezzo del quale il Thiry arrichì la terapia delle uretriti.

A. RICORDI.

altri casi consimili; in uno si prescrisse il copaive, nell'altro il cubebe, da emettere coll'orina come nell'altro caso, e si ebbe il medesimo risultato. Da ciò Ricord concluse, che il copaive e il cubebe hanno poca influenza nella blennorragia tranne che sull'uretra dei due sessi. Nella blennorragia della vagina o della vulva, o nella balanite, sono pressochè inutili.

Si riconosce la presenza di queste droghe nell'orina anche dall'odore che danno a questo liquido, e che spesso invade tutta la camera del paziente.

Con ciò non si vuol dire che il copaive e il cubebe non abbiano alcun effetto, tranne che per la via dei reni. Si usano spesso con vantaggio in altre malattie che non quelle degli organi urinarj, onde devono avere una certa quale azione anche per la via della circolazione generale. Agiscono anche come revulsivi provocando copiose evacuazioni alvine, dopo le quali diminuisce lo scolo, come dopo un purgante; la loro azione più energica però, è appunto per la loro presenza nelle orine.

Parve che un'emulsione di copaive injettata nell'uretra, avrebbe dovuto avere il medesimo effetto, col vantaggio di evitare il disgusto dello stomaco nel digerire queste sostanze nauseabonde; si fecero numerosi tentativi, ma i risultati non furono soddisfacenti. Come disse Ricord, il copaive e il cubebe, passando attraverso gli organi digerenti e i reni, subiscono di certo qualche sconosciuta modificazione, dalle quali dipendono le loro facoltà terapeutiche, modificazione che non si può fin'ora raggiungere coll'arte.

Il Dr. Hardy di Parigi, dice di essere riuscito nella cura di parecchie blennorragie vaginali col copaive, facendo injettare l'orina in vagina. Questo metodo è più interessante come esperimento, che come mezzo da usarsi in pratica.

Si credeva dapprima che il copaive giovasse nella sola goccetta ed anche là a piccole dosi, e che non trovasse indicazioni nell'uretrite blennorragica, segnatamente al periodo acuto, perchè si credeva che favorisse l'infiammazione del collo della vescica e l'indurimento del testicolo. Sul finire del secolo passato, si scoprì che i nativi dell'America del Sud, avevano l'abitudine di prendere copaive a larghe dosi in tutti i periodi dell'uretrite, e con molt simo vantaggio. Da questo fatto si fu più arditi, e si trovò gli effetti curativi del copaive erano maggiori nelle forme acute

uretriti che non nelle croniche e che non produceva mai, o quasi, le complicazioni che gli si vollero un tempo attribuire [1]. Sembrerebbe insomma che il copaive si possa somministrare con molto vantaggio nel periodo acuto dell' uretrite, o in principio del periodo di declinazione meglio che dopo; e così del cubebe. Pure quando ci si presenta un caso di tale malattia con sintomi infiammatorj decisi, si suole aspettare un giorno o due fino a che questi sintomi abbiano ceduto alquanto coi mezzi già indicati, prima di cominciare col copaive o col cubebe; io non credo che così si perda del tempo; in ogni modo l'effetto del rimedio viene favorito dalla precedente azione di un catartico. I diuretici e gli alcalini, dei quali parlammo al periodo acuto, possono essere combinati con queste droghe, o dati separatamente.

La dose del copaive è da venti gocce a 3 — 6 grammi, tre volte al giorno; [2] si può dare col caffè, col vino, col latte, ma è così disgustoso al palato, e così facile a destare la nausea, l'eruttazione, e il vomito, che pochissimi lo ponno tollerare sotto questa forma; ond' è che si preferisce darlo in qualche combinazione; qualche volta poi si aggiungono altri ingredienti per ajutarne l'azione sull' uretra. Una formola eccellente, comodissima, è la seguente; la si conosce generalmente col nome di mistura di Lafayette: —

Copaive
Spirito di etere nitrico, ana grammi 50.
Soluzione di potassa grammi 6.
Spirito di lavanda composto grammi 60.
Siroppo di acacia grammi 180.
M.
Da un cucchiajo piccolo, a un cucchiajo da tavola dopo ogni cibo.

[1] TROUSSEAU nel suo trattato di terapeutica dà un 'interessantissima storia delle varie opinioni sull'amministrazione del copaive vol. II, p. 592.

[2] Val meglio amministrare addirittura il copaive. ed anche il cubebe a dosi forti, senza però adottare in maniera generale la pratica di Swediaur, Bell, Ansiaux e Ribbes, che l'hanno elevata fino a sessanta grammi per giorno. Le piccole dosi, anche continuate a lungo hanno poca efficacia e compromettono più facilmente l'apparato digestivo. Quando gli antiblennorragici hanno raggiunto lo scopo, non è prudente di sospendere bruscamente la loro amministrazione; la si dovrà continuare per qualche tempo, secondo il caso ed a dosi decrescenti.

I malati che prendono questa droga sono presi frequentemente da sec-

Anche le seguenti sono buone:

Olio di copaive
» di cubebe ana grammi 3.
Allume grammi 6.
Zucchero grammi 12.
Mucilagine grammi 9.
Acqua grammi 60.
M.
Un cucchiajo piccolo tre volte al giorno.

Copaive
Soluzione di potassa ana grammi 9.
Mucilagine di acacia grammi 30.
Acqua di menta verde q. b. a grammi 200.
M.
Grammi 30 tre volte al giorno.

Copaive grammi 30.
Tintura di cantaride
Tintura di cloruro di ferro ana grammi 6.
M.
Da un mezzo cucchiajo piccolo ad uno intero.[1]

In qualsiasi modo combinato, molti stomachi però non possono tollerare il copaive in forma liquida; onde io prescrivo comune-

chezza alle fauci, da una sete vivissima. Bisogna consigliarli a non bevere molto, onde le orine più abbondanti, non riescano meno ricche di principj balsamici.

A. Ricordi.

[1] Una delle formole più efficaci di amministrazione del cubebe, e delle più tollerate, è quella proposta dal Chopart:

Balsamo copaive
Alcool rettificato
Sciroppo del Tolu
Acqua di menta
} grammi 60
Acqua di fiori d'arancio
Alcool nitrico
} » 8
Da prendersi in 3 o 6 giorni.

Il Ricord per farla sopportare ancor più facilmente, fa prendere immediatamente dopo l'ingestione di ciascuna dose di questo prepara

mente la massa solida, ottenuta coll'aggiungere della magnesia e che si conosce nel Disponsario degli Stati Uniti col nomo di Pillolo di copaivo.[1] Non è molto facile il preparare questa massa, specialmente se non si adopora una buona qualità di copaive; si trovano in commercio duo sorta di questo balsamo; il migliore è solidificabile colla magnesia, l'altro no. La massa solidificata si divide in pillole, cadauna da 25 centigrammi; le si involgono nello zucchero, onde prevenire che si attacchino l'una all'altra, e per rendorle più accette al palato; si procede in questo modo: stese su un piano le pillole bagnate d'acqua, si spolverano di zucchero finissimo, dando loro un moto rotatorio collo scuotere la tavola, ondo si possano rivostire uniformemente; si ripete quosto processo dopo che sono asciugate, e quante volte è necessario perchè lo strato di zucchero riesca di un certo spessore. La doso è da quattro ad otto pillole tre volte al giorno. Così, non sono disgustose alla bocca, e siccome si sciolgono lentamente nello stomaco, è meno facilo che eccitino nausea.[2]

mezzo bicchiere d'acqua di Seltz, di limonea gasosa, o di pozione antiemetica di Riviére.

Volendo prescrivere il copaive in boli, nel comparto sifilitici del nostro Grande Ospedale, ci lodiamo moltissimo d'una formola, d'altronde assai semplice:

Balsamo copaive grammi 60.
Polvere di gomma arabica
Sciroppo diacodio q. b. per fare un elettuario.

Questa miscela che ha la consistenza poco più della gelatina, si dà in boli del peso di 5 grammi involti in pane azimo; tre al giorno qualche tempo prima del pasto.

Il Ricord in questi ultimi tempi si lodava moltissimo delle capsule glatinose contenenti una miscela di:

Copaive grammi 2700.
Pepsina nentra grammi 600.
Sotto-azotato di bismuto grammi 120.
Magnesia calcinata grammi 180.
Per 600 capsule, se ne amministrano 8 o 10 al giorno.

Copaive grammi 60.
Magnesia grammi 5.
M. dividi in pillole n. 200.

Il Traduttore

[2] Fu rimproverato ed a ragione, alle pillole di copaive, l'inconveniente di essere troppo dure, e di difficile digestione, d'essere talvolta evacuate

Abbiamo un altro anti-blennorragico, nelle bacche di Pepe Cubebe polverizzate; il cubebe ha il vantaggio sul copaive di essere assai meno disgustoso e meno facile ad eccitare nausea, eruttazione, vomito e diarrea, perciò molte volte lo si preferisce.[1] Non bisogna fidarvisi troppo però, a meno che sia polverizzato di recente e conservato in vasi di vetro chiusi; giacchè l'olio essenziale che contiene, viene assorbito rapidamente dai materiali porosi. Il cubebe si prende nell'acqua raddolcita, nella proporzione di 3 a 6 grammi di polvere in un mezzo bicchiere di liquido; dose da ripetersi tre o quattro volte al giorno.

Si unisce spesso e con profitto al ferro, specialmente per gli individui gracili: —

Polvere di cubebe grammi 6.
Carbonato di ferro grammi 2.
M. fa una polv.
Da prendersene tre al giorno.

Si possono combinare nella stessa prescrizione il cubebe e il copaive: —

Copaive grammi 60.
Polvere di cubebe grammi 30.
Allume grammi 5.
Magnesia q. b. per fare una massa.
Da dividersi in pillole da 25 centigrammi cadauna; quattro ad otto, tre volte al giorno.

quasi intatte, e di non potere amministrare grandi dosi di balsamo, a meno di aumentarne il numero a scapito forse dello stomaco. In generale tutte le preparazioni farmaceutiche che tendono a solidificare questo balsamico pregiudicano la sua efficacia. Le pillole di copaive solidificate colla magnesia, come propone il Bumstead ammesso che siano benissimo tollerate, non dovranno raggiungere bene lo scopo terapeutico, poichè amministrandone anche 24 nella giornata, che è la dose massima che l'autore ordina, la quantità di copaive è solamente di 7 grammi e poco più.

A Ricordi.

[1] Inoltre è meglio tollerato corrobora lo stomaco e muove l'appetito n è piuttosto costipante; uno de' suoi benefici effetti è quello di diminui notabilmente il bruciore alla minzione, di raro, da luogo all'esante

Polvere di cubebe grammi 90.
Copaive grammi 45.
Allume grammi 6.
Zucchero grammi 30.
Magnesia grammi 3.
Olio di cubebe
Olio di gaulteria, ana grammi 3.[1]
M.

Ne risulta così una pasta; il malato ne prenderà tanto come una noce, dopo il cibo. La prescrizione seguente è adottata specialmente per gli stomachi deboli: —

Copaive grammi 60.
Magnesia grammi 3.
Olio di menta piperita gocce 20.
Polvere di cubebe
Sottonitrato di bismuto ana grammi 60.
M.
Da dividersi in pillole da 25 centigrammi cadauna e rivestite di zucchero.

Copaive grammi 30.
Magnesia grammi 2.
Polvere di cubebe grammi 45.
Carbonato d'ammoniaca grammi 6.
Solfato di ferro grammi 1.
M.
Da dividersi in pillole da 25 centigrammi cadauna; da prendersene tre, tre volte al giorno.

Il copaive e il cubebe si possono anche preparare involti in capsule di gelatina; io però non sono favorevole a queste prepa-

come il copaive, e nondimeno modifica in poco tempo lo scolo; è però meno attivo del copaive.

A. Ricordi.

[1] Un buon elettuario antiblennorragico composto di copaive cubebe e concino, è quello che usiamo nel nostro Ospedale:

Balsamo copaive
Pepe cubebe ana grammi 60.
Concino puro
Etere nitrico ana grammi 4,
tre boli del peso di 5 grammi ciascheduno da prendersi nelle 24 ore.

razioni: le capsule tolgono infatti il sapore disgustoso delle droghe, ma non evitano la nausea e le eruttazioni, quando sciogliendosi l'involucro di gelatina, il contenuto si effonde nello stomaco. Sono assai migliori per me le *dragées* francesi, introdotte in questi ultimi anni; ve ne sono di varie sorta; alcune contengono solo il copaive, altre il cubebe, ed altre, tutte e due le droghe con ferro; io le ho trovate buonissime; se ne prendono da quattro a sei, tre volte al giorno. Nella mia pratica prescrivo quasi sempre queste *dragées* o una delle formule per pillole di copaive e cubebe solidificati, o il solo cubebe in polvere; più, qualche forma di un ferruginoso o solo o combinato cogli anti-blennorragici, appena passati i sintomi più acuti.

Furono consigliate specialmente da Velpeau le injezioni nel retto di un'emulsione di copaive, quando non lo tolleri lo stomaco. Non ho mai provato questo modo di dare il copaive, perchè ho poca fede nella sua efficacia. Ben inteso che se ne richiede una quantità maggiore delle dosi per bocca; [1] si fa precedere un'injezione semplice, per lavare il retto dalle materie fecali, poi si introduce la seguente mistura: —

Copaive grammi 15.
Bianco di un uovo.
Estratto d'opio centigrammi 5.
Acqua grammi 300.
M.

Abbiamo già detto come la nausea, le eruttazioni e la diarrea, eccitate dal copaive, lo rendano affatto insopportabile, sotto qualsiasi forma, per uno stomaco delicato. Si può frenare la diarrea con una combinazione di allume e di un opiato, ma più spesso bisogna proprio sospendere la droga e riprenderla dopo un certo tempo, in dosi più piccole.

Il copaive, dà luogo qualche volta anche ad una eruzione cu-

[1] Si ricorre alla introduzione del copaive nel retto, nei casi in cui vi è assoluta intolleranza per parte dello stomaco. Il Ratier invece di farla a mezzo dei clisteri aveva ideate delle supposte, e delle capsule che contenevano questo rimedio; l'applicazione del copaive sia nell'un modo che nell'altro, o non è tollerata, o riesce di nessun giovamento. A RICORDI.

tanea che appartiene alla classe degli esantemi, come la roseola, l'eritema o l'urticaria. Queste eruzioni si distinguono facilmente da quello della sifilide secondaria considerando, la mancanza di sintomi sifilitici, il prurito che accompagna generalmente le eruzioni prodotte dal copaive e lo scomparire che fanno in pochi giorni, appena sospesa la droga. Appena che si manifestano bisogna troncare l'uso del copaive. [1]

Un altro sintomo spiacevole che dipende spesso dal copaive, è il dolore alla regione dei reni, per la congestione di questi organi. Pochi anni sono, ebbi in cura un malato per uretrite blennorragica, il quale aveva già avuto parecchie volte l'ematuria. Non ostante il mio consiglio, egli prese il copaive, e l'ematuria ritornò; seppi dopo, che l'uso di questa droga gli aveva già prodotto un tale effetto in una precedente uretrite. Il dolore alle reni è per me una indicazione di sospendere il copaivo; perchè, massimamente oggi che sono così frequenti le malattie renali, e che è tanto raro il trovare un rene sano negli esami cadaverici, non abbiamo alcun diritto, di assoggettare i nostri malati, al rischio di un danno permanente. [2]

Anche il cubebe, quantunque in grado minore e più raramente, può dar luogo ai medesimi sintomi spiacevoli, che dipendono dal

[1] Fu un grave errore del Cazenave, l'aver considerato, nel suo trattato sulle dermatopatie sifilitiche, gli esantemi prodotti dal copaive e dal cubebe, come vere eruzioni sifilitiche, per ciò solo che erano stati preceduti da una blennorragia. Questi effetti del copaive si osservano ordinariamente in primavera ed autunno; la roseola risulta da macchie elevate di color vinoso, anzichè cupreo; prediligono la cute posta sul lato dell'estensione delle articolazioni, e vi si dispongono a gruppi; furono anche osservate non infrequenti volte, alle orecchie, alla nuca, al cuojo capelluto: l'eruzione non si generalizza quasi mai a tutto il corpo, è afebbrile e scompare ordinariamente entro il primo settenario, colla sospensione del copaive coll'amministrazione di qualche leggier purgativo. Questo solo carattere può bastare al pratico, onde non confondere l'esantema in discorso, colle sifilidi. È affatto erronea l'opinione di alcuni, i quali vogliono che l'azione del rimedio sulla pelle non controindichi la sua amministrazione.

A. Ricordi.

[2] Durante l'amministrazione del copaive, la regione renale diventa alcune volte la sede di dolori contusivi assai molesti, ciò che fece credere alla esistenza della blennorragia renale; questi dolori cessano, poco dopo sospeso l'antiblennorragico. Il Langlebert assicura che prescrivendo l'acqua distillata di copaive alla dose di 150-200 grammi al giorno, si risparmiano al malato questi incomodi.

A. Ricordi.

copaive. Amendue queste droghe a larghe dosi, ponno destare cefalee gravissime, vertigini e sintomi ancor più serj, riferibili ai centri nervosi. Ricord cita un caso di emiplegia temporaria, e un altro di convulsioni violenti, per l'uso dol copaive; in ambedue i casi, questi gravi sintomi furono seguiti da un'eruzione cutanea, essa pure dipendente dalla droga.

Gli anti-blennorragici di cui abbiamo parlato, sono di un'efficacia sicura nella cura di molto uretriti blennorragiche, ma certe volte riescono affatto inutili; non abbiamo alcun mezzo per distinguere queste due classi di uretriti. Come ho già detto, io ritengo cho il copaive e il cubebe sono di un grado inferiori alle injezioni, nella cura di questa malattia. Generalmente parlando, se riescono proficui, il loro buon effetto si riconosce dopo duo o tre settimane che si prendono; ma se dopo questo tempo, la malattia non migliora, bisogna tralasciarli e ricorrore ad altri mezzi più efficaci. Continuati per lungo tempo, disturbano le funzioni digerenti, disturbano l'appetito, e ne nasce una debolezza e un malessere generalo; la quale condizione dell'organismo, contribuisce molto a prolungare il corso dell'uretrite. Quantunque giovino assai, non sono però indispensabili nella cura d'ogni uretrite blennorragica.

Aggiunta di A. Ricordi. — Al copaive fu attribuito anche una azione generale sul sangue; fu detto che questo elemento modificato in una maniera sconosciuta agisce beneficamente sulla mucosa dell'uretra, e contribuisce alla guarigione. È una ipotesi gratuita, oppure quest'azione del copaive sul sangue è tanto poca da non poterla quasi calcolare? ad ogni modo noi non amministriamo l'anti-blennorragico con questo scopo. Una volta la scuola francese attribuiva la guarigione della blennuretria per mezzo del copaive, alla rivulsione della flogosi, dall'uretra al tubo intestinale, e la scuola italiana aveva classificato questo farmaco fra gli ipostenizzanti antiflogistici; per essa non era nè irritante, nè specifico. Esso, è vero, spiega anche una azione rivulsiva, agisce come gli altri purgativi ed in allora lo scolo può diminuire di molto od in casi che arrestarsi; ma sfortunatamente nella maggior parte dei casi le guarigioni ottenute in tal modo sono precarie, cessata la rivulsione torna lo scolo.

Secondo le osservazioni di Cullerier e Ricord il copaive è tanto più efficace specificamente, quanto meno agisce come purgativo.

L'azione più potente dol copaive, o sulla quale il pratico conta molto, è affatto locale; la sua proprietà anti-blennorragica si spiega sull'uretra quando l'orina vi passa, carica dei principj medicamentosi. Dopo le esperienze di Ricord, di Cullerior di Hardy, delle quali ha già parlato il Bumstead, inoltre quelle dol Dr. Veine, interno dell' Ospedalo del Mezzogiorno, (cho cita molti casi di femmine guarite della vaginite colla injezione di orine cariche di principj di copaive), da ultimo quelle di Roquetto di Nantes, non è più possibile di rivocare in dubbio l'azione topica del copaive. Il Roquette avendo avuto l' occasiono di curare due giovani, che avevano contratta la blennuretria nelle medesime condizioni, e che vivevano assieme, amministrò all'uno d'essi il copaive, all'altro ordinò le injezioni dell'orina emessa dal primo: in ambedue lo scolo diminuì gradatamente ed in poco tempo. Quando la malattia era quasi per cessare in quello al quale aveva prescritte le injezioni d'orina, ordinò allo stesso delle injezioni d'acqua calda; lo scolo ritornò, e non scomparve che coll'uso ripetuto delle injezioni d'orina. Ma vi ha di più, in una ragazza ammalata per vulvo-vaginite, e che inutilmente, come era da aspettarsi aveva preso per più giorni le capsule di copaive, il Roquette fece continuare la medesima medicazione, ed ordinò si injettasse l'orina copaifera ch'ella stessa emetteva. Il successo fu buono, anche qui però come nel caso precedente le injezioni d'acqua calda richiamarono lo scolo quasi cessato, ma che scomparve poi in appresso coll'uso continuato delle injezioni d'orina. Questi due fatti non possono essere più concludenti sul modo d'agire del copaive.

Dietro queste sperienze fu ideata da alcuni, e specialmente dal Cullerier nipote, l'applicazione immediata di questa droga sulle mucose affette da blennorragia, ma i risultati furono quasi nulli. Ricord persuaso che il copaive ed anche il cubebe spiegano la loro azione terapeutica per una modificazione speciale che subiscono nei reni, s'occupò moltissimo ondo poter imitare l'azione medicamentosa dell'orina emessa da coloro ai quali amministransi questi antiblennorragici: non ottenne però risultati soddisfacenti. Il Langlebert como ho già notato più addietro propose l'injezione di acqua distillata di copaive nella credenza che la funzione re-

nale, si limitasse a separare l'olio volatile dalla resina fissa. Se altri sperimenti confermeranno l'asserto del Langlebert, il problema è risolto, circa all'azione de' reni su questi balsamico.

L'azione generale adunque del copaive è poca, il Ricord dice di non prestarle molta confidenza.

Esso non agisce beneficamente per rivulsione, come il voleva l'Ansiaux. La sua efficacia è in ragione delle proprietà che imprime all'orina: e questo dicesi anche del pepe cubebe.

Ostacoli alla buona riuscita della cura. — L'eccessiva medicatura e la trascuranza della salute generale, sono errori che si commettono spesso dai malati che si curano loro medesimi, ed anche da alcuni medici in principio di carriera. Incontrerete spesso dei malati, che hanno uretrito da parecchi mesi, e che si tennero ad una bassa dieta, aggiungendo varj preparati di copaive e di cubebe, ed injezioni spesso troppo irritanti, così che li trovate abbattuti di corpo e di mente; la digestione è difficile, manca l'appetito, e lo scolo peggiora. Fate che costoro lascino da parte e capsule e pillole e polveri e misture e le injezioni irritanti; date loro un buon nutrimento e qualche tonico, o chinino o ferro, limitate la cura speciale ad una debole injezione astringente da 5 a 15 centigrammi di solfato di zinco per 10 grammi d'acqua, e vedrete forse d'un tratto migliorare la malattia, e forse cessare in pochi giorni o in qualche settimana. In ogni caso, rimovete gli ostacoli alla riuscita della cura, e se lo scolo non scompare del tutto, vuol dire che sarà sostenuto da qualche complicazione locale, cui si deve rivolgere allora l'attenzione. Ecco una storia tipo, di questa sorta di casi:

P. A., d'anni 19, ricorse a me, il 5 maggio 1857, per un'uretrite blennorragica che gli era cominciata circa verso la metà del gennajo antecedente. Era stato curato da molti medici, e per qualche tempo si curò lui medesimo; prese copaive in quasi tutte le forme, e cubebe a larghe dosi; usò forti injezioni di nitrato d'argento, di solfato di zinco, di allume o di acetato di piombo. Io lo trovai assai indebolito, con malessere generale e mancanza d'appetito, e collo scolo tuttora copioso. Introdussi una candeletta per

assicurarmi se vi fosse stringimento, ma non ne potei scoprire alcuno. Gli prescrissi di astenersi da ogni anti-blennorragico, e di miglioraro il genero di vita; gli feci prendere 25 centigrammi di citrato di chinino e ferro dopo il cibo e un' injozione di 15 centigrammi di solfato di zinco in 10 grammi d' acqua.

Dopo una settimana lo scolo era scomparso. Ritornò qualche giorno dopo in poca quantità; durò un giorno o due, poi non fu più visto.

Nella maggior parto di questi casi la malattia è sostenuta dalla condizione indebolita dell'organismo, onde sono indicate le buone misure igieniche ed anche i tonici; io preferisco il citrato di chinino e di ferro, o la tintura di cloruro di ferro.

Dopo la debolezza generale, altre cause principali che prolungano il corso dello scolo blennorragico, sono gli stringimenti, e l'irritazione del collo della vescica;[1] bisogna assicurarsi che non ci sia stringimento coll'introdurre una candeletta di discreto calibro; e nel caso, istituire subito un metodo di cura conveniente.

Succede qualche volta che un'uretrite blennorragica proceda bene per otto o dieci giorni trattata cogli anti-blennorragici e le injezioni; lo scolo è quasi cessato e il malato si tiene ormai per guarito, ma a un tratto recidiva: lo scolo diventa più denso e purulento, torna il bruciore nell'orinare, l'injezione si fa ancora assai dolorosa, e al tempo stesso il malato accusa un senso come di dolore al perineo, con frequenti voglie di orinare. Questi ultimi sintomi significano che la malattia si è estesa alla parte profonda dell'uretra, e che c'è irritazione o infiammazione del collo della vescica; allora bisogna essere assai diligenti e nell'osservazione e nella cura, diversamente la malattia interessa la prostata o i vasi deferenti o gli organi scrotali, o ne segue l'indurimento del testicolo; se si usassero quì le injezioni irritanti, riescirebbero insufficienti, anzi dannose; bisogna quindi lasciarle da parte e ri-

[1] Oltre allo stato di deperimento dell'organismo, gli stringimenti uretrali, e l'irritazione al collo della vescica, contribuiscono moltissimo a mantenere lungo, il decorso d'una blennuretria, (o d'una affezione blennorragica in generale) la scrofola, e le così dette diatesi reumatica ed erpetica; nelle quali contigenze si dovrà associare alla antiblennorragica, la cura di questi diversi modi di essere dell'organismo.

A. Ricordi.

correre agli alcalini e ai sedativi come nel periodo infiammatorio, fino a che si possa riassumere una cura diretta; il malato dovrà astenersi quanto più può dal moto. Può tornare assai vantaggiosa in questi casi, la terebentina del Canada, il prodotto dell'*Abies Balsamea*, che si sostituisce agli anti-blennorragici; si dà in pillole da 25 centigrammi cadauna e se ne prendono da 6 a 12 al giorno. Giova anche la vescicazione del pene e del perineo, fatta nel modo che descriverò parlando della goccetta.

Cura di alcuni sintomi speciali. — Ci resta a parlare della cura di certi sintomi speciali che si ponno trovare nel decorso di una uretrite blennorragica. Uno dei più incomodi è l'incordatura, per mitigare la quale si provarono molti sedativi; la canfora è la più usata; la si può dare in pillole unita all'estratto di lattuga o d'opio: —

Lattucario
Polvere di canfora ana grammi 2.
M. f. pill. No. XX.
Due andando a letto. (Ricord).

Polvere di canfora centigrammi 150.
Polvere d'opio centigrammi 30.
M. f. pill. No. X.
Una o due andando a letto. (Ricord).

Milton preferisce la canfora liquida a larghe dosi. Egli prescrive 3 grammi di tintura nell'acqua, da prendersi andando a letto, e fa ripetere la dose ogni volta che il malato si sveglia coll'incordatura; egli dice che dopo due o tre notti di questa cura cessa ogni tendenza all'incordatura.

La lupulina è un altro rimedio di aziono sicura nel diminuire l'eccitabilità degli organi genitali, ed ha il vantaggio sull'opio di non produrre costipazione; se ne possono dare 70 centigrammi, triturata in un mortajo con zucchero; questa dose si prende prima di andare a letto, e la si può ripetere una o più volte nella notte.

La canfora liquida, se è tollerata dallo stomaco, e la lupulina sono i migliori mezzi contro l'incordatura; nessuno però di questi rimedj si può dire sempre sicuro, perchè molte volte sono inefficaci. Si consigliò anche, di non mangiare nè bevere per qualche

ora prima di coricarsi, di vuotare la vescica e il retto, di tenere un letto duro con poche coperte e di dormire su un fianco piuttosto che sulla schiena. Possono giovare anche i suppositorj di josciamo e belladonna.

Altro mezzo che può giovare assai è il semicupio d'acqua caldissima prima di coricarsi. La reazione dopo il caldo ha un effetto salutare sedativo; ed ha quindi un'influenza precisamente opposta a quella del bagno freddo, che fu pure qualche volta consigliato.

Aggiunta di A. Ricordi. — Gli ascessi che si osservano lungo il decorso dell'uretra sono flemmonosi, o glandulari: manifestansi nel periodo acuto e cronico dell'uretrite, secondo il Robert i primi sarebbero più proprj di quest'ultima. Il flemmone peri-uretrale, occupa la faccia inferiore del pene e specialmente la regione balanica ove costituisce un tumoretto all'uno dei lati del frenulo, o a tutt'e due se è formato sulla linea mediana. Nelle altre parti dell'uretra è meno circoscritto, più voluminoso ed impartisce alla verga una fo.ma variata. Il flemmone balanico, secondo Cullerier, è il più doloroso, e suppura prontamente a differenza degli altri che si assomigliano di più ai flemmoni ordinarj, e non terminano sempre coll'esito purulento. Qualunque posto occupino, manifestansi con un dolore in un punto ove in seguito il tatto constata un leggier indurimento circoscritto che guadagna in estensione a poco a poco, si fa aderente alla cute, diventa sede di dolori pulsanti e si fa fluttuante. Molte volte però se l'ascesso non è alla regione del glande, si accorge solamente della sua presenza quando già è formato. Nei flemmoni acutissimi, la fluttuazione è sempre difficile ad essere riconosciuta. Gli ascessi peri-uretrali rendono la minzione più o meno difficile o dolorosa. La risoluzione osservasi anche frequentemente, anche quando è già avviata la suppurazione. L'apertura intra-uretrale dell'ascesso, buon numero di volte si verifica quando non viene aperto col mezzo chirurgico. Accade talvolta che la marcia benchè evacuatasi spontaneamente in buona parte all'esterno, si faccia strada verso l'uretra e la perfori. Se l'ascesso apresi nell'uretra costituisce una fistola orinosa cieca interna, ed alla prima minzione l'orina vi si infiltra, suscita una sensazione di cuociore, ed appresso dà luogo alla perforazione della

cute che riveste l'ascesso, por modo che la fistola si compie, e le orine vi passano. Quando l'ascesso è aperto in tempo coi mezzi dell'arte, si stabilisce una fistola cieca estorna che guarisce in poco tempo.

So un congruo trattamento (sanguisughe, emollienti, frizioni mercuriali generose, ecc.) non arriva ad arrestare i progressi della flogosi, è d'uopo sorvegliare attentamente la prima formazione di pus, e qualunque sieno le condizioni dell'ascesso, inciderlo prontamente nel punto più lontano dell'uretra. Nei casi di fistola cieca interna o completa, bisogna fare in modo che l'orina non vi passi, col siringare di frequente il malato, e ricorrere alle injezioni detersive ed alle cauterizzazioni.

Gli ascessi aperti o spontaneamente o chirurgicamente, lasciano sovente una indurazione che persiste lungo tempo, ed al tatto dà la sensazione d'un piccolo tumuretto della grossezza di un seme di mais o di nocciuola, duro, indolente, sessile sull'uretra. Deve essere riferito alla linfa plastica organizzatasi nel tessuto connettivo. Scompajono col tempo da sè, o mediante le frizioni solventi; talvolta però arrecano dolore, o quanto meno, molestia alla erezione.

Oltre a questi ascessi da flemmone, furono notati i così detti ascessi follicolari e glandulari. I primi costituiscono dei tumoretti circoscritti del volume d'un pisello o poco più, uniti alla faccia inferiore dell'uretra por mezzo d'un peduncolo, crescono lentamente o, o si fanno stazionarj per lunga pezza, o infiammano, aderiscono alla pelle e si trasformano in ascessi. La loro formaziono è dovuta all'accumulamento della materia secreta, nel loro interno per l'oblitorazione dell'orificio uretrale del condotto folliculare; hanno un lento decorso, e non tendono ad aprirsi nell'uretra. Per la loro guarigione, si dove incidere la cisti, e praticarne l'escisione d'una parte. Questi ascessi follicolari e l'infiammazione delle glandule del Cooper, della quale vengo a discorrere, sono accidenti assai rari della blennuretria.

Lo glandule del Méry o del Cooper sono, dopo la prostata, gli organi secretori i più grandi dell'uretra: ricoperti in parte dalle fibre del muscolo di Vilson sono adagiate al di sotto dell'uretra, tra il bulbo ed il muscolo trasverso del perineo. Secondo il Ricord queste glandule secernerebbero un muco filante che servirebbe a lubrificare l'uretra, ed a favorirne la estenzione nell'erezione. L'infiammazione

può essere acuta, flemmonosa, o cronica che è ancor più rara della prima; d'ordinario non attacca che una glandula sola: secondo Morgagni e Ricord, la sinistra, sopravviene al terzo o quarto settenario dell'incominciamento dell'uretrite. Esordisce con un dolor fisso al perineo verso lo scroto, che esacerba se il malato siede, ed accompagnasi ad un senso di pesantezza. Nel medesimo tempo esternamente alla regione perineale, all'uno dei lati del rafe scorgesi un tumoretto della forma e grossezza d' un fagiuolo situato profondamente, dolente alla pressione: esso cresce, diventa caldo, la pelle che lo copre s'arrossa, l'ammalato accusa un dolore pulsante al perineo, avviene la suppurazione che se non è evacuata esulcera la pelle ed esternasi. Il processo flogistico si diffonde al connettivo adjacente ed allo scroto, quasi mai verso l'ano; se sopravviene la febbre è leggiera.

La cura deve esser pronta come per gli ascessi uretrali, e gli stessi accidenti che furono notati accompagnarli, associansi pure all'ascesso delle glandule del Cooper: se sopravvengono, la cura è la medesima. È falso l'asserto di qualche autore che, gli ascessi di queste glandule, apertisi nell'uretra non davan luogo ad infiltramenti orinosi per la capsula fibrosa che comprende questi organi; autori antichi, ed il Gubler portano delle osservazioni contrarie.

La flogosi non terminasi sempre per suppurazione, può risolversi o lasciare un indurimento.

Un altro accidente dell'uretrite fortunatamente raro, ma assai spiacevole, è l'indurimento dei corpi cavernosi del pene. L'infiammazione flemmonosa dell'uretra irradiasi all'atmosfera di tessuto connettivo che la circonda e determina nelle areole dei cavernosi un trasudamento plastico, che si organizza: essi allora diventano più duri che nello stato normale, il loro tessuto spongioso trasformasi in una sostanza fibrosa, compatta, inodulare.

L'indurimento dei cavernosi talvolta succede quasi all'insaputa del malato; è un lavorio inavvertito fino a quando ha già dato luogo ad una deformità più o meno rilevante ed inguaribile. Il Robert fa parola di due casi di questo indurimento cronico.

L'indurimento dei cavernosi è di difficile guarigione: nel periodo di infiammazione acuta del pene, si dovrà impiegare prestamente un attivissimo trattamento antiflogistico onde prevenire que-

sto accidente; sanguisugio abbondante, semicupj, cataplasmi, unguenti risolutivi. Avvenuto l'esito che si tentò d'evitare, si darà mano ancora ai risolventi ed ai vescicatorj sul peno medicati con unguento mercuriale e con tintura d'jodio, come suggerisce il Cullerier; nello stesso tempo si amministrerà internamente uno joduro alcalino a larghe dosi.

Questa affezione arreca al malato momenti di tristezza e d'ipocondria; le parti indurate non entrano più in erezione perchè inacessibili al sangue, e fanno ostacolo a che esso distenda la parte di tessuto che loro stava davanti; il pene assume in allora varia forma e direzione, secondo il luogo ove risiedono i nuclei o le placche d'indurimento. La copula può essere stentata ed impedita, se il nucleo fibroso sta sulla parte dorsale, pubica del pene, e tanto più se in tutt'e due i cavernosi: allora l'erezione della sua porzione retta è quasi impossibile.

L'uretrorragia, durante l'erezione, se è leggiera, non merita un trattamento, so copiosa, si ricorre alla quiete, alla posizione orizzontale, alle applicazioni di ghiaccio, ed alle injezioni di acqua freddissima; nei casi molto gravi, bisogna fare la compressione introducendo una candeletta nell'uretra, fasciare metodicamente il pene e comprimere il perineo. [1]

L'ascesso lungo il decorso dell'uretra, bisogna aprirlo quanto più

[1] L'erezione cordata infiammatoria, è un segno di flogosi flemmonosa uretrale. La rottura del canale è un risultato inevitabile dell'eccessivo distendimento dell'uretra, essa ha luogo verso la porzione membranosa, ordinariamente dopo una erezione dolorosa, talvolta però nell'estro venereo al momento dell'ejaculazione, o per opera degli stessi malati. Altre cause di uretrorragia, sono la cistite del collo, le erosioni ed ulcerazioni semplici o specifiche nei quali casi trasuda una certa quantità di sangue che mescolasi alla materia blennorragica: da ultimo secondo il Castelnau, una diatesi emorragica preesistente. Quest'emorragia è assai raramente così abbondante, da compromettere la vita del malato e da obbligare il medico all'interna amministrazione degli emostatici. Se però la lacerazione dell'uretra è ragguardevole ed in soggetti ne' quali il sangue è poco plastico, l'emorragia può essere copiosa; ed in questo caso oltre i mezzi già proposti dal Bumstead, unitamente all'applicazione del freddo sono anche raccomandate le injezioni emostatiche composte di uno o due grammi di percloruro di ferro, sciolti in 100 grammi di acqua. Possono

presto, perchè non si versi internamente producendo un ascesso orinoso, una fistola.

Non è raro il caso che, lo scolo di una uretrite blennorragica in via di guarigione, prenda un carattere intermittente; scompare affatto per uno o due giorni e ritorna per qualche giorno senza causa apparente. Questo fatto può ripetersi parecchie volte e, in qualche caso, con una singolare regolarità.[1] Il medico si dovrà quindi assicurare che il ritorno dei sintomi non dipenda da imprudenze, e allora potrà persuadere al malato, che la malattia cesserà completamente.

Siccome sono facilissime le recidive, così è bene continuare la cura, anche per qualche giorno dopo cessato lo scolo. Le ricadute dipendono dagli errori del malato quanto al moto, la dieta, la venere, ecc. Bisogna quindi prevenirle coi consigli, e continuare la medicatura interna ed esterna, a dosi decrescenti, per circa dieci giorni, dopo che i labbri del meato non si appiccicano più alla mattina. Se durante questo tempo, non è cessato affatto ogni sintomo di uretrite, il paziente non potrà ritenersi completamente guarito, e dovrà continuare per circa quindici giorni ancora, un metodo di vita assai prudente. La durata media delle uretriti blennorragiche, trattate abilmente, non contando i casi curati col metodo abortivo, è di tre a quattro settimane.

Aggiunta di A. Ricordi. — Un rimedio al quale oggi giorno meritamente devesi accordare il primato tra gli anafrodisiaci è il bromuro di potassio; è un preparato che per la sua azione stupefacente precipuamente sugli organi genito-orinarj, per la sua tollerabilità, per le nessune conseguenze che lascia nell'organismo, quantunque amministrato a buone dosi e per molto tempo, è al giorno d'oggi il più prezioso mezzo che sia nelle mani del pratico per combattere le dolorose e frequenti erezioni, funeste

essere conseguenze della rottura dell'uretra, l'infiltramento orinoso e lo stringimento che si cercherà possibilmente di evitare, colla introduzione delle minugie, appena cessata l'uretrite.

A. Ricordi.

[1] È la così detta blennorragia a ripetizione, intermittenza che osservasi qualche volta anche nell'uretrite cronica.

A. Ricordi.

compagno della uretrite blennorragica o delle lesioni del pene. La sua proprietà anafrodisiaca fu riconosciuta primieramente dall'Huette il quale nelle sue ricerche sull'azione fisiologica e terepeutica di questo preparato di bromo, insegnava come: — le erezioni mattutine consuete cessassero colla sua amministrazione, anche negli uomini i più vigorosi, e gli ammalati cadessero in una assoluta impotenza, che persisteva qualche giorno dopo la cessazione del medicamento; e lo proponeva ne'casi di inefficacia della canfora e dell'opio. — Dopo di lui Thielmann, e Biret, Condmond, e Pfeiffer, trovarono che il bromuro modifica sensibilmente le erezioni abnormali, esercita una favorevole influenza sulle perdite seminali, ed una azione speciale sulla parte muscolare dell'apparecchio genito-orinario, nello stesso tempo che produce una modificazione caratteristica nel lavoro secretorio di questi stessi organi.

Ad onta di tutto ciò nessuno aveva avuto la felice idea di preconizzare e di impiegare questo farmaco nelle dolorose erezioni di cui già dissi. Al Dr. Scarenzio è dovuto senza dubbio il merito d'avere richiamato nella terapeutica, un mezzo tanto proficuo. Da due anni egli ha reso di pubblica ragione alcune sue osservazioni comprovanti la reale efficacia del bromuro, e subito dopo il Dr. Lossetti che dirigeva in allora lo sale dei sifilitici dell'Ospedale Maggiore, metteva a profitto il suggerimento dello Scarenzio, ed ebbe a lodarsene moltissimo, come pure dopo di lui il Dr. Massazza che gli successe nella direzione del comparto.

Mentre io pubblicava il Rendiconto dei sifilitici per l'anno 1862, nel quale esponeva i buoni risultati di questo anafrodisiaco il Dr. Melchiorrj confermava con due osservazioni pratiche, la virtù di questo medicinale, e poco prima, il Dr. Soresina l'avea utilmente adoperato in un caso di priapismo.

Trovo inutile di qui riferire le numerose storie che raccolsi comprovanti ad evidenza l'efficacia del bromuro negli ammalati soggetti alle dolorose erezioni suscitate da blennuretria, da ulceri al glando e prepuzio, sarebbe un lavoro altrettanto lungo che tedioso; mi limiterò ad esporre alcuni corollarj risultanti dalla giornaliera osservazione e da molteplici fatti. Nella clinica sifiliatrica dell'Università di Pavia diretta dal Dr. Scarenzio e nella divisione dei sifilitici del nostro Grando Spedale, questo rimedio è adottato con esito così fortunato che ormai non si tien più nota dei cas

speciali, è un rimedio la di cui azione è pienamente giustificata. Queste deduzioni sono sulla dôse e forma di sua amministrazione, sulla sua maniera d'agire, sui casi in cui va adoperato in concorrenza cogli antiflogistici; da ultimo e son pochi, quelli ne'quali riesce quasi inefficace. Questo bromuro alcalino si può dare internamente alla dose, da due grammi a dieci e più, secondo la gravità del male che ne richiede l'amministrazione: la dose ordinariamente la si eleva d'un grammo o due per volta, si può però accrescerla anche del doppio nelle ostinate e frequenti erezioni. Siccome per lo più, è in tempo di notte che queste erezioni succedono, così sarà meglio di farlo prendere di sera in due o tre volte: in questo modo la sua azione è più profonda il suo effetto più durevole; le dosi frazionate hanno minor potenza poichè vengono eliminate per le orine prima che facciano la voluta impressione.

Ho veduti dei malati non giovarsi affatto, di questo anafrodisiaco nelle erezioni notturne, perchè essendo stato loro prescritto, senza l'avviso di non usarne che alla sera, l'avevano esaurito nella mattina.

È meglio farlo prendere in soluzione in 400 grammi d'acqua, coll' aggiunta di qualche grammo di sciroppo diacodio. Non sempre si ottiene alla prima dose l'effetto voluto, per lo più diminuisce solo il numero, la durata e l'intensità delle erezioni; se però queste sono di poco momento cessano anche perfettamente. Alla seconda, alla terza e successive, l'effetto è sempre più evidente fino a che si raggiunge lo scopo, la cessazione completa. La continuazione dell'amministrazione dovrà esser regolata dal criterio del pratico: se sospendendone l'uso l'erezione ritorna, è duopo darlo nuovamente alla medesima dose colla quale aveva ben corrisposto dapprima. Gli ammalati che usano questo sale non soffrono per esso molestia alcuna, se però si oltrepassano gli 8 o 10 grammi è facile la pirosi ed un senso di secchezza alle fauci. Nei casi in cui il bromuro è inefficace o quasi in quest'ultima dose, io credo, che generalmente parlando, forse non corrisponderà anche a dosi più elevate; certe satiriasi o priapismi di vecchia data, le erezioni da uretriti acutissime, le lesioni estese e profonde del pene, sono ben poco o nulla influenzate dall'anafrodisiaco: sono malattie che dipendono da condizioni materiali, che ne elidono per la loro importanza, l'azione terapeutica. È appunto nelle gravi

uretriti, con interessamento del collo o di tutta la vescica, nelle estese ulcerazioni fagedeniche o gangrenose del glande o prepuzio che il bromuro deve essere associato all'energico metodo antiflogistico, o calmante locale; e tante volte anche adoperato in un con questi altri mezzi, o spiega poca efficacia, o fallisce. Gli operati di fimosi (i quali come ognun sa, vanno soggetti ad erezioni notturne) che non ebbero la fortuna di giovarsi di questo anafrodisiaco furono quelli ne'quali eransi svolte gravi complicazioni flogistiche alla ferita.

L'azione terapeutica del sale di bromo, manifestasi dopo una o due ore dall'ingestione; quand'essa cessi non lo saprei, per lo meno dura 8 o 10 ore, poichè gli ammalati che lo prendono nelle prime ore della notte ne risentono i buoni effetti per tutto il suo decorso. Se il bromuro abbia poi influenza sugli organi genito-orinarj anche dopo questo lasso di tempo, non lo si potrebbe dire con asseveranza poichè di giorno non occorrono quasi mai le erezioni, anche senza l'impiego del bromuro potassico. Oltre il termine di 24 ore non si protrae, per la ragione che torna l'erezione qualora non sia di nuovo amministrato.

CAPITOLO SECONDO.

BLENNORREA.

La parola: blennorrea, volgarmente goccetta, serve ad indicare uno scolo uretrale cronico, scarso, non accompagnato da sintomi d'infiammazione acuta.

La blennorrea segue per lo più immediatamente un'uretrite blennorragica mal curata. Non si può rintracciare in modo abbastanza deciso il confine tra l'una e l'altra, il punto dove finisce la forma acuta, e dove comincia la cronica.[1] Spesso un'uretrite blennorragica percorre i suoi periodi regolari e la si direbbe infino guarita; ma dopo qualche settimana, dopo qualche mese, il malato levandosi una mattina s'accorge che i labbri del meato dell'uretra sono appiccicati, e che l'uretra contiene un po' di materia; non ha dolore, non incomodo alcuno, ma è turbato e desidera liberarsi da questo scolo. Può darsi che in tali casi, la cura dell'uretrite preceduta, non fosse che apparente, e che fosse rimasto nelle parti profonde del canale un leggiero grado d'infiammazione, che non si fece palese fino a che non fu ravvivato da qualche stimolo speciale come il coito, gli alcoolici, la fatica, ecc. Può anche darsi che vi sia uno stringimento dell'uretra, che è appunto la causa più frequente della continuazione di uno scolo susseguente

[1] Alcuni autori credono che questo limite di demarcazione, sia stabilito dalle contagiosità dello scolo; la blennorrea non avrebbe più questa proprietà: a parte l'idea del contagio nel senso vero della parola come si persiste a volerlo credere da molti, questa idea teoretica è affatto erronea come si vedrà in appresso. Altri danno il nome di blennorrea allo scolo quando presenta i caratteri del muco; questo carattere è di pochissima importanza, uno scolo in oggi puramente mucoso, pellucido all'indomani può farsi torbido, più o meno purulento; e ciò senza una causa apprezzabile, senza assumere una nuova sintomatologia: eppure non lo si può classificare tra gli scoli dell'uretrite acuta.

A. Ricordi.

ad un' uretrite blennorragica; vi ponno essere altre alterazioni organiche per esempio le vegetazioni, i polipi. [1]

La blennorrea idiopatica, o blennorrea non preceduta da uretrite acuta, può dipendere da varie affezioni della prostata, particolarmente dall'ipertrofia di questa ghiandola, frequente nei vecchi; o da disordine della funzione digerente, o da malattia della vescica o dei reni così che l'orina sia resa irritante in modo insolito. [2]

La blennorrea è sovente sostenuta da una condizione di debolezza generale, o dall'abito scrofoloso, o dalle diatesi reumatica o gottosa. La frequenza di questa malattia negli individui di costituzione impoverita, e il vantaggio che si trova nella cura tonica e nelle buone abitudini igieniche, ci provano quanto sia vero che una delle cause principali della blennorrea è precisamente la debolezza generale. È anche frequente ed ostinata negli individui scrofolosi, facili alle infiammazioni croniche di altre membrane mucose, e in tali casi giovano assai tutti i rimedj addottati per correggere l'abito scrofoloso. [3] Parlando dell'uretrite blennorragica abbiamo già detto quanto influiscono sugli scoli uretrali il reumatismo e la gotta. [4]

[1] THOMPSON, on Stricture, p. 73 e seg.

[2] Si crede che l'eccesso di acidità, sia più dannoso che lo stato opposto: nel primo caso il Robert ha veduto scemare prontamente degli scoli cronici con calore e cuociore nella regione prostatica dell'uretra, coll'associare ai mezzi ordinarj l'interna amministrazione del carbonato di soda.
A. RICORDI.

[3] Hunter attribuiva giustamente una grandissima importanza al deperimento della costituzione ed alle labi dell'organismo, nell'eziologia della blennorrea.
A. RICORDI.

[4] Altre cause che concorrono a mantenere od a far recidivare l'uretrite cronica, sono l'influenza dei climi e delle stagioni, come il freddo umido, la primavera; si è notato che in alcuni malati, alla sola ricorrenza di questa stagione, manifestavasi il flusso della blennorrea: inoltre la mancanza di qualsiasi terapia, od una terapia mal diretta nel corso dell'uretrite acuta, e la cura abortiva inopportuna, in quanto essendo essa praticata nel periodo acuto tanto più se con injezioni caustiche concentrate, aumentasi la congestione uretrale la quale si irradia al tessuto connettivo circumambiente, in modo che i mezzi ordinarj dell'arte riescono poco; in allora questo grado di irritazione si mantiene a lungo nel canale e dà luogo alla blennorrea. Devesi accordare anche all'intossicamento sifilitico, sebbene di raro, un posto nell'eziologia di questa affezione; ciò che co-

Sintomi. — Molte volte non si ha altro sintomo, tranne lo scolo; manca il dolore, manca il rossore e la tumefazione dei labbri del meato, o il bruciore nell'orinare. Qualche volta però il malato accusa una sensazione incomoda nel pene o nel perineo, o un prurito al glande e nelle parti profonde del canale, prurito che può essere persistente o che segue solo l'emissione dell'orina. La materia che si è seccata all'estremità dell' uretra e che ne ha chiuso il meato presenta un ostacolo alla corrente, onde la prima emissione d'orina al mattino è dolorosa per la distensione forzata dell'uretra; ciò che del resto si può evitare separando prima i labbri dell'orifizio.

Lo scolo della blennorrea varia nel carattere, nella quantità, e nel tempo di sua comparsa. Qualche volta è purulento, specialmente quando la goccetta tien dietro ad un'uretrite blennorragica; qualche volta è affatto trasparente, ed esaminato al microscopio lo si trova consistere di un fluido chiaro, con cellule epiteliali e nuclei liberi, con o senza qualche globulo di pus; altre volte escono dal canale dei coaguli simili ad albume d'uovo. Lo scolo della blennorrea per lo più non è percettibile che la mattina alzandosi dal letto, ma può anche essere continuo; quando deriva dall'infiammazione delle parti profonde del canale o della prostata, non si fa palese che per lo sforzo dell'evacuazione alvina, o si unisce all'ultime gocce di orina. La scarsa quantità dello scolo e la frequenza di questa malattia nei soldati, la fecero chiamare dai francesi *goutte militaire*.

I sintomi ora descritti possono peggiorare per tutte quelle cause che inducono irritazione dell'uretra o della vescica; in altre parole una blennorrea si cambia facilmente in uretrite blennorragica. I cibi succulenti, gli alcoolici, le venere, la fatica, il cavalcare, le rapide oscillazioni di temperatura, possono sviluppare un copioso

stituirebbe uno scolo affatto secondario, per lo sviluppo degli accidenti della lue nel canale, e non per la predisposizione morbosa che il virus sifilitico impartisce alla economia, dopo avere impressionata l'uretra, come credeva il Cazenave. Da ultimo altre cause sarebbero, le ripetute uretriti, lo stato patologico degli organi limitrofi, come la rettite, le emorroidi, la costipazione abituale, le quali danno una certa suscettibilità, dirò quasi blenorragica, all'uretra.

A. Ricordi.

scolo purulento, accompagnato da tumefazione delle parti, da bruciore nell'orinare, e da tutti i sintomi dell'uretrite blennorragica; bastano poche ore perchè si determini tale cambiamento. Da quì possiamo spiegare la subitanea ricomparsa di certe uretriti, che si suppongono spesso derivate da contagio recente, e che derivano invece da ciò, che i pazienti troppo solleciti a credersi guariti, si abbandonano incautamente al bevere e al coito. [1]

Hunter nel suo trattato sulle malattie veneree dice che la goccetta è affatto innocente quanto a infezione, e che nelle ricadute che occorrono sì sovente, il virus, secondo lui, non ritorna. [2] Questa opinione spesso rifiutata, la si ritrova ancora in molte opere elementari, che corrono fra mani degli studenti. Io credo che non si possa promulgare dottrina più pericolosa per la pace delle famiglie. È vero che si trovano certe volte degli individui che ebbero goccetta per anni e che stettero colla moglie senza di lei danno; ma nessuno può dire dove cessi il contagio, dove cominci l'immunità; quand'anche si possa giudicare innocuo uno scolo che abbia certo grado di purità, non possiamo però prevedere l'effetto che vi succederà dopo qualche ora di eccitamento

[1] La blennorrea che dura per lungo tempo, può influenzare l'intero organismo ed il morale del malato. Coloro che hanno una costituzione delicata ed un temperamento nervoso, si accorgono di un affievolimento delle facoltà digestive, impallidiscono, rifuggono dalle assidue occupazioni alle quali erano abituati, assumono una fisonomia con un'impronta speciale e si fanno ipocondriaci, alcuni deperiscono a poco a poco precisamente come fossero presi da una grave malattia organica.

A. Ricordi.

[2] L'Hunter però non dava per infallibile la sua teoria in proposito; a questa citazione del Bumstead segue una specie di rettifica del sifilografo inglese: — non sono però certo di questa cosa (che non avvenga riproduzione di virus nella goccetta), poichè come già dissi, vi sono delle cause che rendono difficile la presente questione. — Prescindendo ora sull'esistenza o meno d'un virus nella blennorragia, si vede come l'Hunter dubitasse delle proprietà così dette contagiose della goccetta. Allorchè quest'uretrite cronica dà uno scolo mucoso trasparente od appena lattiginoso è certo che questo prodotto sarà meno capace di destare una blennorragia, che quando la malattia è accompagnata da uno scolo muco-purulento; si può stabilire in generale che questa secrezione morbosa, è tanto meno irritante quanto è minore il numero delle cellule di pus che conterrà. Lo scolo trasparente, filante, sembra che più difficilmente possa dare un'uretrite, ma però è capace, sia per virtù propria, sia per l'eccitamento nell'estro venereo, condizione nella quale può farsi purulento.

A. Ricordi.

sessuale; può essere affatto mucoso in questo momento e quindi scevro da proprietà contagiose, ma in pochissimo tempo può diventare purulento e assai pericoloso. Certo è che nessuno dirà sicuro l'amplesso, fino a che v'ha scolo uretrale; e il medico, rispondendo alle domande dei malati in proposito, non solo deve declinare dalla responsabilità di concederlo, ma deve fare il possibile per sconsigliarlo al malato. [1]

Patologia. — Le nostre nozioni sulla patologia della blennorrea sono alquanto incomplete, poichè l'uretra malata sfugge alla diretta osservazione, e sono d'altronde assai rari i casi, in cui portar esame di questa malattia sul cadavere. Pare nondimeno che non si debba dubitare di questo, che mentre nell'uretrite blennorragica è affetta specialmente la porzione retta e anteriore dell'uretra, nella blennorrea invece la sede più frequente è la parte curva e posteriore. Ne sono prova il frequente estendersi dell'infiammazione al testicolo, le incomode sensazioni al perineo e la difficoltà di curare la malattia colle injezioni, a meno che si arrivi a spingere il liquido fino alle parti più profonde dell'uretra. Inoltre liberata

[1] L'uretrite cronica nella pluralità dei casi non è che la continuazione dell'acuta, ma talvolta comincia tale adirittura ed alla fossa navicolare. L'ammalato allora accusa prurito all'estremità dell'uretra, cuociore alla minzione, ha più frequenti erezioni ma non cordate: lo scolo è poco, comincia mucoso, si fa in seguito più abbondante, e diviene pio-mucoso: assume una sintomatologia consimile a quella dell'uretrite acuta al suo periodo di declinazione. Il Diday descriveva recentemente, come malattia distinta, sotto il nome di riscaldamento — échauffement — uno scolo che esordisce con tutti i segni della cronicità. È costituito da tre o quattro gocce al giorno di un liquido tenue, chiaro, opalino, affatto privo di cellule purulenti; questo scolo dà un leggier senso di calore e prurito, che aumenta alla minzione, non durante però l'erezione. Questa sindrome si mantiene eguale dal principio alla fine della malattia, e secondo il Diday è solamente propria alla nuova specie di malattia, della quale aumentò il quadro nosologico della blennorragia. Non è molto frequente, esordisce dalle 24 alle 36 ore dall'applicazione della causa, dura ordinariamente lungo tempo, abbandonata a sè stessa. Secondo il Diday non sarebbe suscettibile di cura abortiva, cesserebbe coi blandi antiflogistici, purgativi, temperanti, coll'astinenza dal coito, ecc: trarrebbe origine dal sangue menstruo, il quale sarebbe capace di determinare sulla mucosa uretrale dell'uomo una infiammazione cronica di prima giunta, proprietà che condividerebbe colle perdite bianche dei genitali femminei. Parrebbe al sifilografo di Lyon che questo riscaldamento non dovrebbe essere trasmissibile. Questa ure-

l'uretra spugnosa dallo scolo, per mezzo della compressione lungo la superficie inferiore del pene, se ne può altresì spinger fuori una piccola quantità dall'uretra membranosa e bulbosa, per mezzo della compressione lungo il perineo.

Nei pochi esami che si sono fatti su cadaveri di persone che erano affette da scolo uretrale, non si considerarono abbastanza nè la durata della malattia, nè i sintomi presentati in vita. La migliore descrizione dell'anatomia patologica dell'uretrite e della blennorrea è quella di Rokitansky, il quale dice: I caratteri anatomici sono in generale quelli proprj di tutte le altre affezioni catarrali; nel periodo acuto, injezione ed arrossamento proporzionati all' intensità del processo, turgore della mucosa uretrale e secrezione di un muco puriforme; nel periodo cronico, rigonfiamento di questa membrana, ingrandimento de'suoi follicoli e secrezione di un fluido biancastro od incoloro. L'infiammazione ora è diffusa abbastanza uniformemente su tutta l'uretra, ora è limitata a preferenza ad uno o parecchi punti o focolaj. Questa seconda forma è appunto caratteristica della vera infiammazione catarrale dell'uretra dell'uomo, ed il morbo può avere questa maggiore intensità non solo alla fossetta navicolare, ma in ogni punto

trorrea del Diday, è un' ente patologico a sè come vorrebbe farlo credere l' autore, o non è altro che uno degli svariati modi di essere degli scoli uretrali? Per me sono proprio convinto di quest' ultima proposizione, poichè non vedo nel flusso mensile o nel leucorroico, un qual cosa di speciale che possa dar luogo unicamente allo scolo cronico. Vuol dire che queste due cause sono meno valide che non altre, ed avvicinate all'uretra maschile si limiteranno, qualche volta però, a promuovere una semplice irritazione alla fossa navicolare, la quale suscita la sindrome che in realtà è propria a quasi tutte le uretriti nello stadio mucoso; ho detto qualche volta, perchè sappiamo come la sola presenza delle perdite bianche può dar luogo ad una uretrite acuta. Il Baumès ed il Rodet, che prima del Diday accennarono ad una uretrite, cronica dal suo sviluppo, uretrite che è precisamente come quella sudescritta, mettono nel quadro eziologico di quest'affezione, oltre le due cause accennate, l'abuso di birra, la soppressione d'un dartro, il reumatismo, il coito esercitato con una certa frenesia dopo un pasto stimolante e copiose libazioni. Insomma è il risultato d'una causa meno potente che nol si voglia per lo sviluppo della uretrite acuta, oppure della diversa impressionabilità dell'uretra: non è una nuova malattia come la pretende il Diday. È certo che lo scolo che ne deriva sarà di raro trasmissibile, perchè composto di sola mucosità; del resto però verte sempre nelle contingenze che notai circa la contagiosità della goccetta.

A. Ricordi.

dell'uretra fino alla sua porziono prostatica, anzi più spesso in vicinanza del bulbo. Nelle blennorree molto intense ed ostinate trovasi, nei punti corrispondenti a questi focolaj, un rigonfiamento nodoso dell'uretra. Questi rigonfiamenti sono formati da uno stravonamento fibrinoso depositato nel corpo cavernoso proprio dell'uretra, dal processo flogistico che ad esso si diffonde.

Thompson trovò a un di presso le medesime forme: — L'osservazione ci dimostra che i due punti maggiormento interessati dall'infiammazione blennorragica sono la fossa navicolare e il bulbo. Ebbi l'opportunità di vorificare questi fatti, in due o tre necroscopie su persone che ebbero un'uretrite poco tempo prima della morto. Vi si osserva una insolita vascolarità, particolarmente se l'affeziono fu cronica, mentre la parte intermedia è comparativamonto assai poco alterata. [1] Nel Museo dell'ospedalo di S. Giorgio trovasi la preparaziono di un'uretra che era infiammata al momento della morte; su di essa vedesi un'ulcera al principio della parte membranosa. [2] — Non si potrebbe determinare se la piaga di cui parla Thompson fosse un'ulcero od un'abrasiono superficiale come si vede sovente nella balanite; era probabilmente un ulcero, giacchè nell'infiammazione blennorragica non si riscontrano che in rarissimi casi, ulcerazioni comprendenti tutto lo spessore della membrana mucosa e tali da essere palesi in una preparazione conservata nell'alcool da molto tempo.

[1] Può esistere una uretrite cronica senza apparente lesione della mucosa uretrale? Il Robert che faceva a sè stesso questa domanda, rispondeva affermativamente, soggiungendo però dover essere un caso assai raro. Le Swediaur insegnava che la blennorrea è uno scolo puramente passivo. Senza ammettere in tutta la sua ampiezza la credenza del sifilografo inglese, si può ritenere che in alcune blennorree, l'anatomia patologica, non rinviene alterazione alcuna appariscente. Io ebbi l'occasione, nell'estate dello scorso anno, di sezionare l'uretra di un idrofobo, morto nel nostro Ospedale Maggiore, dopo tre giorni di malattia. Era un contadino il quale teneva da quasi due anni la goccetta; al momento nel quale l'esaminai, lo scolo era mucoso leggiermente purulento, macchiava in giallo la camicia, non dava incomodo alcuno al paziente: era il postumo d'una grave uretrite. L'autopsia, non mi fece rilevare la benchè minima traccia di arborizzazione o punteggiatura, nessun ispessimento della mucosa uretrale, la quale presentavasi perfettamente identica pel colorito, ad una altra mucosa pure uretrale, che io per termine di confronto aveva preparata.

A. Ricordi.

[2] Stricture of the Urethra, p. 84.

La lacuna maggiore nella parete superiore della fossa navicolare è probabilmente in certi casi, la fonte dello scolo blennorragico, perchè la posizione naturale la espone facilmente a partecipare dell'infiammazione blennorragica, e perchè la sua superficie interna non è facilmente accessibile alle injezioni. Il Dr. Phillips dice di essere riuscito a curare quattro casi ostinati di blennorrea in questo modo: introdusse lungo la superficie superiore dell'uretra un conduttore facendone entrare l'estremità nella lacuna maggiore, e spaccò la parete dell'infossamento con un bistori a lama stretta.

Quando la malattia sta nelle parti profonde del canale, possiamo determinarne la sede coll'introdurre, o una sonda coll'estremità a bulbo, o una candeletta. Il malato s'accorge quando si tocca alla parte affetta, e quando l'estremità dell'instrumento incontra il restringimento della mucosa inspessita.

Pare che le alterazioni patologiche della blennorrea siano simili a quelle delle infiammazioni d'altre membrane mucose, come sarebbero quello della congiuntiva delle vie lagrimali, del meato uditorio esterno. L'espandersi del processo infiammatorio alla membrana che tappezza i follicoli e i condotti che sboccano nelle parti profonde dell'uretra, ponno spiegare la persistenza quasi proverbiale di questa malattia.

Cura. — La cura della blennorrea deve essere diretta tanto alle condizioni generali del malato, come alla malattia locale. Tranne poche eccezioni si può ritenere che quasi tutti i malati di blennorrea hanno una salute più o meno grama. Non si vuol dire con questo che tutti costoro siano necessariamente deboli ed emaciati; molti invece sono tuttora sani e robusti, ma quasi sempre però non sono capaci d'esercizio e delle fatiche di prima; essi medesimi s'accorgono d'aver perduta una certa parte di vigoria; onde le abitudini igieniche e i tonici sono decisamente vantaggiosi. Il regime dietetico dev'essere moderato e semplice ma nutriente: carne, vegetali, uova, ecc., escludendo le salse, i cibi salati, i formaggi e i cibi conservati da tempo. Si promuova la secrezione cutanea coi bagni frequenti; gioverà assai il moto cominciato con moderazione ed aumentato poi grado grado in

proporzione delle forze del malato, senza arrivare però alla fatica o all'eccessiva stanchezza; l'esercizio dell'intelletto non è meno importante dell'esercizio fisico, onde la mente del malato deve occuparsi il meno possibile della malattia, ed evitare libri o compagnie che eccitino le passioni. L'alvo si mantenga libero ogni giorno. Possibilmente si scelgano quei cibi che hanno certa quale proprietà lassativa; si mantegano press'a poco le medesime ore del giorno per le evacuazioni alvine, o diversamente si faccia uso di leggieri purgativi. Una delle pillole che quì sotto indichiamo, presa al coricarsi, assicura alla mattina una scarica abbondante: —

Stricnina centigrammi 5.
Pillole di coloquintide composte grammi 2.
M.
Dividi in trenta pillole.

Nella tintura di cloruro di ferro abbiamo una eccellente combinazione di un tonico con un astringente. Questa tintura è preferibile a tutte le preparazioni recenti più o meno eleganti di questo minerale, nella cura della maggior parte delle malattie dei genitali maschili o femminili. La dose è da cinque a venti gocce diluite nell'acqua, prese tre volte al giorno dopo il cibo; qualche volta però eccita dolori di capo, più facilmente nella donna che nell'uomo, e allora si sostituisce il ferro ridotto dall'idrogeno nella dose di 15 centigrammi presi tre volte al giorno. Se la debolezza generale è molta, si unisce il ferro al chinino, come nelle formule seguenti: —

Citrato di chinino e di ferro grammi 3 — 6.
Acqua grammi 30.
Siroppo di limone grammi 60.
M.
Un piccolo cucchiajo dopo il cibo.

Tintura di cantaride grammi 5.
Solfato di chinino grammi 2.
Tintura di cloruro di ferro grammi 6.
Acido solforico diluito gocce 30.
Acqua distillata grammi 250.
M.
Se ne prendono grammi 30 tre volte al giorno. (Childs).

Nella prima di queste formole si ponno sostituire al citrato altri sali di ferro, per esempio il tartrato di ferro e potassa o il pirofosfato di ferro.

Nel dare il ferro seguo l'eccellente consiglio del Trousseau, cioè di non sospendere d'un tratto il rimedio; lo si tralascia per una quindicina di giorni, non appena raggiunto lo scopo pel quale fu dato e lo si riprende poi per qualche settimana ancora; e così si ottiene un effetto più duraturo.

Ad individui scrofolosi giovoranno l'olio di fegato di merluzzo, i siroppi di fosfati e le pillole di ioduro di ferro del Blancard. Io trovo che l'ioduro di potassio aumenta lo scolo uretrale, come anche la secrezione delle altre membrane mucose, perciò non lo prescrivo. Questo effetto dell'ioduro si riscontra di frequento, quando lo si dà ad individui con sifilide terziaria che hanno anche blennorrea.

Da quanto abbiamo detto del copaive e del cubebo risulta evidente, che saranno di poco vantaggio nei casi di scolo uretrale cronico; di più, molti individui affetti da tale malattia, lo hanno già preso *ad nauseam* per l'uretrite preceduta, onde è rarissimo il caso di doverlo dare nella semplice blennorrea. Nei casi però di blennorrea cambiatasi in uretrite blennorragica, queste droghe saranno utili specialmente se combinate con un tonico, come nelle *dragées* di copaive, cubebo e citrato di ferro, come nelle pillole di Méot (pag. 84) delle quali abbiamo già data la formola, e come pure nella seguente prescrizione: —

Copaive grammi 15.
Tintura di cantaride grammi 15.
Tintura di cloruro di ferro grammi 30.
M.
Trenta gocce tre volte al giorno.

Avrà osservato il lettore che in alcuna di queste prescrizioni entra la tintura di cantaride; l'esperienza c'insegnò che questo ingrediente ha un azione curativa decisa in molti casi di blennorrea ed anche di uretrite blennorragica cronica. È un rimedio assai in uso fra gli omeopatici nella doso di una goccia di tintura ogni due o tre ore nel periodo acuto dell'uretrite, e trovasi

per loro indicato dal bruciore nell'orinare, dall'incordatura e dallo scolo verdognolo o sanguinolento; io però non l'adoperai che nella forma cronica dell' uretrite. La tintura si dà nolla dose di tre o cinque gocce, tre volte al giorno, o la si combina col ferro in questo modo: —

Tintura di cantaride grammi 6.
Tintura di cloruro di ferro grammi 18.
M.
Dieci gocce nell'acqua tre volte al giorno.

In molti casi di blennorrea v' ha una considerevole irritabilità del collo della vescica indicata dalla voglia frequente di orinare e da sensazioni incomode al perineo. Giovano allora i sali di potassa insieme allo josciamo, como nelle prescrizioni che abbiamo già date trattando del periodo acuto dell' uretrite blennorragica; è eccellente in questi casi anche il balsamo del Canadà: —

Trementina del Canadà (*Abies balsamea*) grammi 6.
Dividi in pill. 24.
Due o tre al giorno.

CANDELETTE. — In tutti i casi di blennorrea bisogna esplorare diligentemente l'uretra con una candeletta o con una siringa, per accertare se vi sia stringimento; caso mai lo si trovasse ancho leggierissimo, bisogna tosto curarlo convenientemente, giacchè la presenza di questa alterazione può forse impedire la guarigione dello scolo. Il Dr. Carlo Phillips, poco conosciuto in America ma riputatissimo in Parigi per le malattie degli organi genito-urinarj, dice che la goccetta dipende quasi sempre da un leggiero stringimento il quale si può scoprire colle sonde nodoso od a punta bulbosa, ma cho sovente non è avvertito, o perchè non si adoperano instrumenti addattati o porchè non si adopera colla dovuta diligenza nell'esplorazione. [1]

Qual ch'egli sia questo precetto, che d'altronde ha bisogno ancora di conferma, le ripetute esplorazioni dell'uretra e l'introduzione di candelette a permanenza, sono fra i mezzi migliori di

[1] Traité des Maladies des Voies Urinaires, Paris, 1850, p. 33.

cura della blennorrea. Nemmeno l'esplorazione generalmente in uso non vi dinota alcun stringimonto. Come poi agiscano le candelette nel curare gli scoli uretrali cronici, è cosa tuttora oscura, ma è assai probabile che succeda così perchè distendono il canale, espongono, appianano le lacune nelle quali si può raccogliere la materia secreta e tengono separate per un certo tempo le superficie malate; o fors'anche, perchè sono di stimolo ai vasi della parte e ne modificano il modo di azione.

Le candeletto preferibili per questo scopo, sono quolle che vanno assottigliandosi verso l'estremità terminando in una punta ad oliva; s'introducono facilmente senza incomodo del malato, e l'assottigliamento posteriore all'oliva, facilita l'introduzione di unguenti medicati nelle parti profonde dol canalo. L'instrumento deve avere un calibro sufficiente per stendere il canale senza forzarlo; prima d'introdurlo nell'uretra, lo si spalma di un unguento semplice, di lardo, d'olio d'uliva o di semi di ricino, o di glicerina; si vuota prima la vescica, si fa giacere supino il malato. Per quanto s'introduca dolcemente una candeletta, la prima volta però la sensazione può essere più o meno disgustosa e può anche dar luogo ad una sincope. In tal caso bisogna tosto ritirare l'instrumento; dopo due o tre tentativi però, lo si tollera assai meglio fino a poterlo tener dentro per mezz'ora od un'ora.

Qualcho volta la candeletta aumenta lo scolo o ridesta l'infiammazione acuta che era già scomparsa. Bisogna allora sospendere questo metodo di cura e ricorrere alle injezioni, colle quali si riesce sovonte ad ottonere una guarigione duratura. Questo peggiorare dei sintomi però, per quanto mi insegna la mia pratica, ha luogo nella minor parte dei casi.

Fuor che por tali circostanze, la candeletta deve essere introdotta in principio di cura ogni secondo o terzo giorno, poi ogni giorno, e in qualche caso anche duo volte nolla stessa giornata. La durata di una cura colle candelette varia a seconda dei casi. Come esempio dol vantaggio che se ne trae, posso citare il fatto recento nolla mia pratica, di una blennorrea cho durava da quattro anni, che fu trattata colla tintura di cloruro di ferro internamente e coll'introduzione della candeletta ogni secondo giorno, e che guarì in due settimane. In un altro caso di una goccetta da nove mesi, lo scolo scomparve in tre settimane cogli stessi mezzi di

cura. Si potrebbero dire moltissimi di questi casi favorevoli, ma non bisogna però aspettarsi sempre un tale successo; molte volte si continua così per qualche mese, ma bisogna alla fine ricorrere alle injezioni, ai vescicanti o ad altri mezzi.

Le candelette si possono rendere medicate in varj modi. Il calomelano ridotto ad unguento colla glicerina o con olio di ricino è uno dei preparati migliori e che gode di un'azione terapeutica attiva. Si può anche adoperare l'unguento mercuriale, o solo o coll'estratto di belladonna nel caso di irritabilità dell'uretra.

Unguento mercuriale grammi 15.
Estratto di belladonna grammi 2.
M.

Onde stimulare la membrana mucosa si può far uso dell'unguento di ossido rosso di mercurio o di un unguento che contenga pochi centigrammi di nitrato d'argento; ma tali applicazioni non si devono continuare a lungo, perchè non abbiano a sostenere lo scolo. [1]

Unguento di ossido rosso di mercurio grammi 3.
Grasso grammi 9.
M.

Nitrato d'argento centigrammi 25-30.
Grasso grammi 30.
M.

Injezioni. — Ne abbiamo già parlato a lungo nel precedente capitolo; onde poco ci resta a dire quanto ai componenti o al metodo di applicarle.

[1] Le candelette agiscono sulla mucosa, o sul tessuto connettivo sottomucoso, e per la compressione che esercitano, e pel medicamento del quale sono rivestite; eccitano leggiermente e modificano favorevolmente la mucosa: le molli, gelatinose, semplici o medicamentose, sono da preferirsi. Talvolta vengono difficilmente tollerate dai malati, possono dar luogo alla orchite od alla cistite del collo, in tal caso sono consigliate le injezioni cariche di sotto-azotato di bismuto che agisce come sostanza isolante. Bell raccomandava l'impiego di candelette piuttosto grosse assicurando, che è sopratutto in ragione del loro volume che riescono bene. È meglio introdurle due, tre volte al giorno e lasciarle in posto per dieci o quindici minuti, di quello che applicale a permanenza.
A. Ricordi.

Anche qui, come nell' urotrite blennorragica, si devono quasi sempre preferire le soluzioni deboli di solfato o di acetato di zinco, 10 a 15 centigrammi in 30 grammi d'acqua. L'injezione deve essere fatto in modo che il liquido arrivi alle parti più profonde dell' uretra, onde la sostanza attiva dell' injezione possa venir a contatto con tutta la superficie mucosa malata. Si abbia però cura di non distendero soverchiamente il canale, nel che serviranno di regola le sensazioni provate dal paziento. Per quanto sia lontana la relazione che passa, tra le injezioni e l'infiammazione del testicolo e della prostata, io sono però d'opinione che tale infiammazione dipenda dal cattivo metodo di fare lo injezioni piuttosto che dalla natura irritante o dalla intensità della soluzione.

Le injezioni adunque vanno fatto con certa dolcezza nella manualità, in modo però che riempiano tutto il canale, e che nessuna delle ripiegature della mucosa uretrale, sfugga al contatto del liquido introdotto. Quando si usi tale cautela basterà una debole injeziono ogni due o tre ore: raro è che si debba ricorrere ad altre injozioni nella giornata.

Alle formole per injezioni già date nel capitolo sull'uretrite blennorragica, aggiungerò anche le seguenti: —

Bicloruro di mercurio centigrammi 5.
Acqua grammi 250 — 330.
M.

Galla grammi 3.
Allume grammi 2.
Acqua grammi 250.
M.

Acido nitrico gocce 16 — 40.
Acqua grammi 250.
M.

Ho adoperato recentemente e con risultati assai soddisfacenti, la soluzione di persolfato di ferro preparata dal Dr. Squibb, come nella seguente formola: —

Soluzione di persolfato di ferro (Squibb) grammi 2.
Acqua grammi 200.
M.

La dose della soluzione può essere aumentata. [1]

Ricord consiglia le soluzioni con iodio nel caso di individui scrofolosi, e quantunque non si possa supporre che l'injezione di questo minerale agisca sulla diatesi costituzionale, ha però una benefica influenza sulla membrana mucosa come avviene quando è applicata alle fauci. [2]

Tintura di iodio gocce 8.
Acqua grammi 250.
M. (Ricord).

[1] Io mi son valso di una injeziono di percloruro di ferro combinato al laudano colla proporzione seguente:

Percloruro di ferro grammi 3.
Laudano liquido del Sydhen. grammi 4.
Acqua di rose grammi 200.
M.

Tre o quattro injezioni al giorno, col metodo delle injezioni profonde delle quali l'autore ne parlerà tra poco. Il risultato fu eccellente anche in blennorree di data antichissima, perfino di 5 anni, ma senza complicazioni. La medicazione uretrale, era però coadjuvata dalla interna amministrazione delle polveri ferro-magnesiache-gasose, trattandosi di soggetti mal nutriti.

A. Ricordi.

[2] L'azione irritante ed escarotica dello iodio, la modificazione ch'esso opera sulle superficie mucose semplicemente infiammate, e divenute la sede di una suppurazione più o meno abbondante, ha suggerito l'impiego di questo metalloide, ed ebbe buoni successi nelle vaginiti acute e croniche, e nell'uretrite della donna: in presenza dei quali il Dr. Oscar Max assicura di averlo adoperato pel primo, e con eccellenti risultati, nella cura abortiva dell'uretrite nel maschio, non col metodo dell'injezione, ma con un'altro suggerito del Thiry, ed è il seguente: avvolgesi alla estremità di uno stiletto d'argento una certa quantità di cotone, a foggia d'uliva che dev'essere proporzionata al calibro uretrale; si immerge quest'uliva nella tintura di iodio, e, tenendo bene divaricate le labbra del meato la si iutroduce per un pollice o più nell'uretra. Con questo metodo il Max assicura di aver fatto abortire le uretriti con una sola, di rado con due applicazioni di iodio, e d'aver guarite uretriti croniche, aventi sede nella prima metà dell'uretra, con due o tre, tutt'al più quattro. Anche nel caso in cui la goccetta deriva dalle parti profonde dell'uretra, parmi che questa medicazione del Thiry possa essere utilmente impiegata, qualora però si abbia l'avvertenza di far giungero preventivamente all'uretra malata un catetere in argento aperto alla due estremità, di far scorrere in seguito in questa guaina un lungo stiletto coll'uliva imbevuta di tintura iodica, di farla protrudere nell'uretra onde modificarne la superficie, e poi di ritirarla ancora nel catetere onde non toccare il restante dell'uretra nell'estrazione dall'istromento.

A. Ricordi.

Ioduro di ferro centigrammi 40.
Acqua grammi 250.
M. (Ricord).

Ripeterò quì ancora quanto ho già detto altrove, che un'uretra anche sana non ci si presenterà mai asciutta come nello stato normale finchè si continuano le injezioni medicate, particolarmente quelle che contengono principj insolubili; ond'è che tante volte se non si ha la dovuta diligenza, si vengono continuando le injezioni ancor molto tempo dopo che la malattia è guarita. Invece quando per qualche tempo si vedrà essere lo scolo in pochissima quantità, e specialmento se appare non essere altro che il deposito insolubile del liquido introdotto, si dovrà allora sospendere per qualche giorno l'injeziono, onde determinare la vera condizione in cui trovasi l'uretra; o la si farà una sola volta nelle ventiquattro ore, preferibilmente alla mattina, cosicchè esaminando al mattino successivo il meato urinario si possa argomentare dove tenda la malattia.

Anche nella blennorrea come nella cura abortiva del primo periodo dell'uretrite, fu usata qualche volta, la medicazione sostitutiva. Allora si adoperano injezioni assai irritanti o caustiche, all'intento di eccitare un'infiammazione acuta, onde la guarigione di questa, comprenda poi anche la guarigione della malattia cronica. A questa guisa procede anche la natura giacchè vediamo talvolta col guarire di un'uretrite blennorragica sopravvenuta nel corso di una blennorrea, non rimaner più indizio alcuno della blennorrea.

La cura abortiva meglio riesce nel primo periodo dell'uretrite blennorragica che non nella blennorrea, poichè nella cura di questa si arriva meno facilmente alla sede della malattia, e l'affezione si approfonda di più nella membrana mucosa. Dessa è anche un metodo più pericoloso, giacchè l'injezione irritante estesa alle parti profonde del canale induce l'ingrossamento del testicolo più facilmente che non quando la si limita alla fossa navicolare.

Nel metodo di cura sostitutivo della blennorrea, si adoperano frequentemente tanto il nitrato d'argento quanto il cloruro di zinco. e, come nella cura abortiva dell'uretrite blennorragica, si fa una sola injezione molto carica o se ne ripetono parecchie deboli. Si injetta per esempio, per una volta tanto una soluzione di 50 a 65 centi-

grammi di nitrato d'argento, o 25 centigrammi di cloruro di zinco in 30 grammi d'acqua e questa la deve applicare il medico stesso; o si sceglie la soluzione debole (5 a 25 centigrammi di nitrato, o 3 a 10 centigrammi di cloruro), e questa se la può applicare il malato stesso parecchie volte al giorno fino a che lo scolo si fa purulento. Allora si sospendono le injezioni per vederne l'effetto sulla blennorrea.

Il dolore eccitato in un dato punto dell'uretra da una sonda bulbosa, e il leggiero stringimento prodotto dalla membrana mucosa inspessita, indicano qualche volta, come abbiamo detto, la probabile sorgente dello scolo blennorroico; in questo caso, misurata la distanza dello stringimento dal meato, si può cauterizzare la superficie malata col porta-caustico di Lallemand. [1]

INJEZIONI URETRALI PROFONDE. — Col metodo comune di injottare l'uretra maschile, è impossibile che il liquido, percorrendo la lunghezza del canale, passi tutto nella vescica. Quando siasene spinto dentro una certa quantità (circa 15 grammi) il rimanente sfugge al di sopra dello stantuffo, o refluisce dal meato, a meno che il glande sia strettamente compresso intorno alla punta dell'instrumento. Ciò che impedisce al liquido di penetrare di più, è la contrazione delle fibre muscolari del compressore dell'uretra che circonda l'uretra membranosa, e serve come di sfintere al canale urinario. [2] È questo il limite posteriore cui può giungere il liquido col metodo comune d'injezione. Onde arrivare alle parti più profonde del canale, bisogna ricorrere alle injezioni fatte con un catetere colla siringa uretrale a lungo tubo fabbricata dalla Compagnia americana, (American Hard Rubber Company). [3]

[1] Bisogna però andar cauti nel giudicare di un restringimento nel punto dell'uretra che chiamasi membranosa, il quale trovasi a 14 o 16 centimetri dal meato. In questa località il catetere (anche in un'uretra perfettamente sana), a meno che la sua estremità sia molto sottile, trova un ostacolo, e cagiona dolore, qualora si spinga rozzamente: facendolo avanzare a poco a poco, passa l'ostacolo e progredisce come abbracciato da questa porporzione di uretra. Ciò accade per la contrazione delle fibre muscolari dell'orbicolare del Vilson che circonda appunto l'uretra membranosa; questa contrazione può essere tale da impedire assolutamente il cateterismo, fino a che il muscolo siasi rilasciato.

A. RICORDI.

[2] Vedi l'anatomia dell'uretra nel capitolo sugli Stringimenti.

[3] Il Chassignac forse pel primo aveva proposto da molto tempo, di

Si misura la lunghezza dell' uretra introducendo un catetero o segnandolo a livello del meato, quando comincia a refluire l' orina; ritirato l' instrumento, si avrà la misura cercata, nella distanza tra la fenestrella dell' instrumento o il punto segnato. Per faro l'injezione, vuotata la vescica, si introduce il catetere in modo che la punta di esso ponetri per circa due centimetri nel collo della vescica; allora si spinge il liquido con una siringa, ritirando dolcemente il catetere; se questo è abbastanza grosso da distendere moderatamente il canale, non una goccia dell'injeziono sfuggirà dal meato fino a che la fenestrella dell'instrumento si troverà in corrispondonza dell'uretra prostatica o membranosa, essendochè, la medesima contrazione muscolare che impedisce al liquido di entrare dall'esterno, ne impedisce anche l'uscita e l'obbliga anzi a refluire indietro verso la vescica. Possiamo così in un dato caso, limitare l'applicazione dol fluido injettato esclusivamente allo parti più profonde dol canale; il dolore eccitato è allora minoro, che non quando si spingo una soluziono della modesima forza nella parte più esterna, poichè l' urotra, come le altre vie mucose, è più sensibile verso l'estremità esterna. L'injezione limitata così a quella parte di uretra che sta tra il compressor dell'uretra e il collo della vescica, è seguita da un desiderio urgente di orinare, al quale però si devo resistero il più che è possibile perchè la soluziono abbia tempo di agiro sulle pareti uretrali prima di venire lavata via o noutralizzata dalla corrente doll'orina. Durante le seguenti ventiquattr'ore, la voglia d'orinare è forse più frequente del solito, ma non ò più dolorosa in nessun modo; lo scolo s'aumenta di poco per un giorno o due.

Oltre alla mia propria esperienza, anche Diday, [1] Bonnet di

portare la materia di injezione direttamente sulla parte ammalata, servendosi d'una sonda speciale che preserva le parti sane del canale, dall'azione del liquido injettato. Quest'instrumento essendo a getto ricorrente ha il vantaggio di far passare nell'uretra una gran quantità di liquido e di operarvi una specie di lavatura: fu applicato con vantaggio dall' autore non solo, ma dall'A. Cullerier nelle uretriti d'antica data.

A. Ricordi.

[1] Des Injections circonscrites à la partie profonde de l'urètre, de leur mode d'exécution et de leur efficacité curative; Annuaire de la Syphilis, année 1858, p. 61. Nella descrizione che abbiamo dato, si seguì il metodo impiegato dal Diday nelle injezioni dell'uretra profonda.

Lyon, e Langston Parker [1] di Rirmingham confermano l'efficacia e l'utilità di queste injezioni nelle affezioni delle parti profonde dell'uretra. Si possono impiegare le medesime formole che abbiamo consigliato parlando del metodo comune d'injezione, e se ne ripeterà l'applicazione una o due volte la settimana. [2]

Vescicanti. — Già da molto tempo si consigliarono i vescicanti per la cura dei casi ostinati di blennorrea; erano quasi caduti in dimenticanza, quando Milton li richiamò in uso colla sua opera, parlando della cura dell'uretrite blennorragica. Ecco cosa ne dice questo autore: — Con soli due vescicanti, ed una o due deboli injezioni, ho veduto guarire blennorree ostinate, in onta alle cure più energiche; e siccome tutti quei casi che resistettero ai vescicanti insieme alle injezioni, erano sempre complicati da stringimento o da affezione del testicolo, io mi sono convinto che ogni caso di scolo o di goccetta per quanto ostinato ma senza complicazione, debba cedere ai vescicanti o soli o accompagnati da qualche injezione. — [3] Non tutti i medici però s'ebbero i risultati di Milton; pare che alcuni scrittori recenti che ne parlarono in favore, si siano appoggiati principalmente all' autorità di Milton; altri, come Langston Parker sono affatto contrarj, e per parte mia, la mia pratica non fu coronata da tali successi da farmi preferire i vescicanti ad altri mezzi di cura meno incomodi. Restano però sempre come ultimo

[1] Syphilitic Diseases, p. 82. Il sig. Parker injetta il fluido nella vescica, ve lo lascia per qualche minuto, poi lo fa emettere ancora. È preferibile l'altro metodo che abbiamo più sopra consigliato.

[2] Un metodo facile per far arrivare il liquido d'injezione alle parti profonde dell'uretra, e che ben eseguito dà pure dei buoni successi, è il seguente che fu anch'esso suggerito dal Diday: allora che il liquido è introdotto nell'uretra, bisogna chiudere l'orificio fra due dita della mano sinistra per impedirne il riflusso, allora non si tratta che di collocare al di dentro d'esse, due dita della mano destra per comprimere il canale. In seguito senza che quest'ultime lascino la presa, si trasportano le prime due dite che chiudevano il meato, al di dentro di quest'ultime, e così di seguito fino al perineo. Arrivati là, mentre che le dita applicate al pene si oppongono alla escita del liquido col medio dell'altra mano si preme gradatamente dal perineo verso l'ano.

A. Ricordi.

[3] Milton on Gonorrhœa, p. 90.

tentativo nei casi ostinati che resistettero alle candolette ed alle injezioni.

È assai importante il conoscerne il modo d'applicazione. Si radono i peli intorno alla radice del pene; si avvolge la verga con un pezzo di carta e la si taglia in modo d'avere un modello della superficie compresa tra il pube e tre centimetri circa lungo il corpo del pene; allora si applica sulla verga un vescicante tagliato sul modello di carta, assicurandolo in modo che non si smuova e non venga a contatto collo scroto, perchè produrrebbe una piaga assai incomoda; non ve lo si lascia più di due ore, durante le quali il malato dovrà stare in riposo. Si preferirà applicare il vescicante alla mattina, anzichè alla sera, onde il bruciore non impedisca al malato di dormire. Togliendo via il vescicante, si trova una superficie arrossata ma non vescicata, tranne forse in qualche punto; allora si medica il pene con unguento semplice in maniera di evitare l'incomodo prodotto dallo sfregamento.

Dopo qualche ora la superficie che dapprima non era che arrossata, trovasi coperta da bolle numerose; le si pungono dando sfogo allo siero contenuto, ma conservando diligentemente l'epidermide. Mi accadde qualche volta di trovare l'estremità del prepuzio, non compreso nella superficie del vescicante, ridotta edematosa da un'effusione nel tessuto cellulare. Se questa non è eccessiva la si abbandona a sè stessa, diversamente se ne procura l'evacuazione con qualche puntura di lancetta.

Il collodion cantaridato sarebbe più conveniente dell' unguento cantaridato, ma gli effetti dell'unguento si possono limitare assai meglio, onde lo si deve preferire al collodion. Io posso confermare quanto dice Milton, che applicati solo per qualche ora, i vescicanti non producono molto dolore, nè piaga incomoda. Il primo effetto della loro azione è quello d'aumentare lo scolo, che non decresce se non dopo cinque o sei giorni. Se rimane ancora traccia di scolo, si ripete il vescicante dopo una settimana. I vescicanti si possono mettere al perineo, nello stesso modo; ma allora il paziente deve starsene a letto fino a che sia guarita la piaga che ne risulta.

Separazione delle superficie affette. — È certo che il mutuo contatto delle superficie malate contribuisce a mantenere

lo scolo blennorroico, come succede nella balanite.[1] Si propose quindi di mantenere separato le pareti dell'uretra, introducendo con una sonda o con una siringa di gomma elastica aperta all'una delle estremità, un listello di tela asciutto o imbevuto di qualche liquido astringente, rinnovandone l'applicazione ogni volta che si orina. Questo metodo, che io però non ho esperimentato, riuscì in qualche caso; ma è assai incomodo e inopportuno, e v'è il pericolo che il listello abbia a sfuggire dall'uretra e cadere nella vescica. Civiale cita un caso nel quale ebbe luogo questo accidente; non dice però come andò a finire.[2] Milton [3] dice che accadde anche nella sua pratica varie volte, e che il listello trovò sempre modo di uscir fuori; nondimeno il pericolo che rimanga dentro è probabilissimo, e non convien esporvisi tanto facilmente.

Finalmente, nei casi ostinati di blennorrea, nei quali sembri che lo scolo venga dalla parte anteriore dell'uretra, ci resta come ultimo mezzo, la spaccatura della lacuna maggiore, consigliata dal Dr. Phillips. [4]

Aggiunta di A. Ricordi. — Vi sono alcuni sintomi e disturbi funzionali che possono persistere o svilupparsi dopo la cessazione dello scolo o dopo la guarigione completa dell'uretrite; questi

[1] Come ho già fatto osservare altrove, l'injezione di sotto-azotato di bismuto la si impiega appunto per questo scopo; una buona formola è al seguente:

Sotto azotato di bismuto grammi 10.
Estratto di ratania centigrammi 15.
Soluzione di gomma arabica
(grammi 40 per grammi 110) grammi 150.
M.

Si agita la miscela prima della injezione che si ripete tre o quattro volte al giorno. L'injezione di questo sale è meglio indicata per la cura del terzo periodo dell'uretrite; se non è cessato lo stadio acuto della flogosi uretrale, esso suscita per la sua presenza meccanica, una spiacevole sensazione nell'uretra.

A. Ricordi.

[2] Maladies des Organes Genito-urinaires, vol. 1, p. 444.

[3] On Gonorrhœa. p. 31.

[4] V. pag. 107.

inconvenienti talvolta sono più ostinati della malattia stessa che fu la lor causa.

Alcuni ammalati conservano un senso di setchezza nell' uretra od un leggier calore nell'emissiono dell'orina, e vengono molestati da crezioni dolorose spasmodiche. Sono di frequente chiamati a mingere, ma l' escita del getto non è pronta, e non si effettua che dietro ripetuti sforzi; talvolta la minzione è interrotta bruscamente, e non si continua che in seguito a nuovi tentativi. L'ultimo getto d'orina non viene espulso per intiero dal canale; la metà anteriore dell'uretra ne ritiene una certa quantità che digocciola a poco a poco, se l' ammalato non preme il canale colle dita dell'indietro all'avanti per vuotarlo intieramente.

Questi fenomeni dipendono da uno stato irritativo dell' uretra e del collo voscicale, e da manco di contrazione dall' acceleratore dell' orina, o di elasticità della mucosa e del tessnto sotto mucoso dell' urotra per organizzazioni abnormali, postnmo della flogosi. Questi stati patologici indicano in generale che la malattia non è ancora perfettamente estinta, e sono cagione di rocidiva se l'ammalato non osserva l'astinenza della venere, un regime igienico, ed una congrua terapia.

Alcune volte scomparsi tutti i sintomi dell'uretrite, persiste il dolore nell'uretra che può anche esasperare ed assumere tutti i caratteri d'una nevralgia: può aver sede in tutti i pnnti del canale che furono precedentemente affetti da blennorragia. Talvolta è quotidiano, e comincia quasi alla medesima ora, tal' altra sopravvieno ad intervalli di tempo molto più lunghi, persino quindici giorni: il dolore uretrale sviluppasi generalmente dietro l'orezione, la minzione, od il coito esercitato ad usura; ora leggiero, ora intenso, dura ordinariamente pochi minuti. I punti di predilezione di quest' affezione sono quelli più ricchi di nervi, il collo della vescica e la regione balanica. In quest' ultima sede è dessa proprio ossenziale, od è sintomatica della irritazione vescicale ? — ad ogni modo all'uretra balanica manifestasi, mentre al collo vescicale la sensazione penosa, è molto più esagerata, e non è dissimile dalla cistite del collo. Gli ammalati accusano dolori intercorrenti, cuociore, desiderio continuo d' orinare, indolentatura agli inguini, al perineo, ed ai testicoli: dolori che propagansi a tutto il decorso dell' uretra e che mettono capo al glande; è la nevralgia del collo della vescica. Fa

duopo studiar beno la diagnosi differenziale fra la nevralgia uretrale, ed altro malattie dell'apparato genito-orinario, onde non esporsi ad incorrere in errori terapeutici, come talvolta è accaduto.

Bell e Lagneau, chiamarono sonsazioni straordinario dell'uretra, delle aberrazioni di sensibilità che succedono a certe uretriti. Alcuni malati sono molestati da un senso di formicolio, o di pizzicore, o di titillamento; secondo Bell avvertesi anche un movimento circolatorio dei testicoli. Alcune di queste sensazioni abnormi estendonsi anche al pube, all' ipogastrio ed alle cosce: compajono e cessano irregolarmente; il loro effetto nocivo il più saliento, è l'impegno in cui mettono i malati a darsi al coito, od alla masturbazione.

Altro volte in luogo dell'altorata sensibilità degli organi genito-orinarj, l' uretrito lascia por postumo l' abolizione completa di essa. Si sopprime la sensazione voluttuosa che accompagna l'ejaculazione ma non manca nella maggior parte dei casi l'erozione, non la facoltà procreatrice, il getto di seme non suscita sonsazione diversa da quella data dall' emissione dell' orina, la cessazione sola dell' erezione avvisa che il coito è compito. Questo stato patologico venne notato, senza lesione organica apprezzabile, od associato all'ispessimento della mucosa uretralo: so dura lungo tempo, l'atto venereo è meno appetito, od i malati terminano col diveniro ipocondriaci, e coll'apatia per la vita, essendo tolti ai piaceri i più ricercati, e credendosi impotenti.

Tutti questi fenomeni morbosi postumi, sono causati per lo più dal cattivo ed insufficiento trattamento delle blennorragie, dall'assenza dell'igiene, e dal temperamento nervoso dei soggetti; moltissime volte però nessuna di queste causo può figurare nell'eziologia; sviluppansi spontaneamente, o per meglio dire sonza che noi possiamo rilevarne la vera causa.

La terapia dello affezioni accennate si riduce principalmente all' impiego degli antiflogistici e degli antispasmodici; so i postumi sono la secchezza dell' uretra, ed una frequonto chiamata, od un leggier bruciore nel mingere, saranno impiegati con vantaggio, i semicupj o lo injezioni uretrali con acqua piuttosto fredda, o le injezioni d'olio di mandorle dolci; di più, un appropriato regime dietetico, bevande carminative, ecc. le unzioni morcuriali con belladonna al perineo ed al pene. Le crezioni cessano prontamente colla amministrazione degli anafrodisiaci.

Per la cura della nevralgia uretrale furono impiegati, e sotto tutte le forme tutti i rimedj sedativi ed antispasmodici. Hunter consigliava anche le injezioni leggiermente irritanti (sublimato corrosivo centigrammi 50, in 240 grammi d'acqua) praticate di quando in quando. L'impiego però del vescicante al perineo, medicato con un sale di morfina, ha meglio riuscito, insieme alla interna medicazione di solfato di chinino unito alla canfora, qnando i dolori uretrali, assumevano un tipo intermittente marcato. A questi mezzi dell' Hunter, il Ricord associa i clisteri freddi oppiati, le frizioni di laudano o di belladonna sul tragitto dell' uretra, o portate nel suo interno mediante candelette. Lallemand consiglia la cauterizzazione del canale, fatta col suo speciale strumento. Il Vidal, dietro l'osservazione, che coloro i quali hanno questi dolori all'uretra (non solo consecutivi alla blennorragia, ma bensì anche ad altri stati morbosi dell'apparecchio genito-orinario), cercano di calmare le loro sofferenze col comprimere il glande e stirare il pene, ha immaginato rendere qnesta compressione metodica e permanente. Con listerelle di cerotto di un centimetro di larghezza, applica su tutto il pene una fasciatura imbricata alla Baynton, la quale deve essere lasciata in posto il maggior tempo possibile; se l'apparecchio si sposta in modo che non si effettua più la compressione, lo si dovrà cambiare. La compressione deve essere fatta in modo che il malato possa ancora orinare. Onde avere una certa qual scienza di probabilità di riuscita di questo metodo, secondo l'inventore, i dolori dovrebbero calmarsi momentaneamente esercitando dei tentativi di compressione sul pene, colle dita. Se i dolori hanno sede nella regione del perineo la rinscita è molto più incerta. L'impiego del sanguisugie è indicato qualora si abbia qualche criterio, per desumere che la malattia deriva da uno stato di rimanenza flogistica nell'uretra.

Per le sensazioni pervertite dell' uretra la terapia si limita a fornire la serie degli antispasmodici e narcotici, sia per uso esterno che internamente, se lo stato è puramente nervoso. Per l' assenza di sensibilità uretrale vengono consigliati bagni, docce ascendenti, injezioni e clisteri freddi ed i tonici, non che l'uso regolare delle candelette elastiche piuttosto grosse, ed applicate dapprincipio per pochi secondi, in seguito per qualche minuto. Da ultimo si ricorre alla cauterizzazione interna dell'uretra ripetuta anche più volte.

In generale l'uso delle candelette e del caustico apporta un miglioramento dei sintomi morbosi; il Castelnau che ha pubblicato un interessante caso d'assenza di sensibilità uretrale accompagnata da ispessimento ed indurimento delle sue pareti, assicura di averne ottenuta la guarigione mediante sanguisugi al perineo.

Il Vidal inclina a credere che molte volte gli stati morbosi discorsi fin quì, riconoscono per loro efficienti, una lenta flogosi, oppure una alterazione organica degli organi genito-orinarj.

Oltre tutti questi postumi d'una uretrite, i sifilografi accennano ad altri, e molto più gravi, quali l'impotenza, la sterilità, la spermatorrea.

Nel testicolo e nei canali escretorj trovasi la causa dell'alterate funzioni secretorie dello sperma: gli ostacoli meccanici alla ejaculazione possono risiedere o nell'uretra al davanti, od alla regione del veru montanum, come sarebbero gravi stringimenti, o produzioni epigieniche: in questo caso lo sperma ejaculato può rifluire verso la vescica, colare a poco a poco dalla strettura, ed esternarsi a goccia a goccia, dopo terminato il coito. Questa sterilità è temporanea se si può togliere coi presidj chirurgici, ma il più delle volte secondo il Roubaud (Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme,) è affatto inguaribile. Se la strettura uretrale è grave ed insanabile i malati evitano il coito perchè troppo penoso; la lunga privazione della venere cancella a poco a poco la facoltà fisiologica degli organi di riproduzione, finchè la sopprime, e dà luogo all'atrofia del testicolo: in allora il malato è reso impotente e sterile.

I condotti ejaculatori talvolta si ristringono in un punto, sia al loro sbocco nell'uretra pel rigonfiamento della sua mucosa alla porzione prostatica, sia invece nel loro decorso attraverso la prostata, per malattia di questa glandula: allora che ambedue gli ejaculatori od i loro orifiej sono ostruiti, la sterilità è inevitabile. L'infiammazione delle vescicole seminali, delle quali terrò parola più avanti, può apportare essa pure l'obliterazione d'uno o d'ambedue di questi organi. ed abolire completamente la facoltà virile. L'ingorgo del canale deferente, per l'impedita uscita dello sperma, e per la sua stasi nei condotti dell'epididimo o nei canali seminiferi, e per la conseguente pressione laterale, atrofizza il testicolo: se l'alterazione è ambilaterale, abbenchè non cessi l'erezione, nè

il senso di voluttà dell'amplesso, l'atto procreatico è reso affatto sterile.

Il Curling cita due osservazioni del Gosselin, di due individui che avendo avuto nella loro gioventù una epididimite bilaterale, postumo della quale conservavano l'indurimento, non avevano avuto de' figli, in più anni di matrimonio; il loro sperma, osservato al microscopico fu riconosciuto affatto privo di filamenti spermatici.

Anche l'orchite propriamente detta, cioè la flogosi del parenchima del testicolo, che sopravviene nel corso d'una uretrite, massimamente quando assume una forma lonta, secondo le osservazioni del Curling e d'altri, il tessuto fibroso connettivo che entra nella formazione della glandola può diventare iperplasico a spese della sostanza propria, la tubulare, che si atrofizza; sarebbe un'atrofia da usura. In tal caso si comprenderà di leggieri come un monorchide resterà completamente sterile, similmente a colui che non avendo questa anomalia, fu preso dalla malattia in ambedue i testicoli. Atrofizzato il testicolo, e sospesa la sua secrezione, l'ammalato è nella identica condizione d'un evirato, giacchè cessa l'incitamento carnale e con esso le erezioni e le ejaculazioni. Ma su questo argomento discorre più avanti diffusamente e con erudizione l'autore, all'articolo Epididimite blennorragica.

Onde evitare adunque, per quanto si può queste conseguenze disastrose che aboliscono le funzioni genetiche del sesso maschile, ed influenzano sinistramente le facoltà della mente, non devesi negligentare per nulla la cura delle affezioni dell'apparato genitale che possono esserne la causa.

Da ultimo come postumo della blennorragia, specialmente ripetuta o protratta a lungo, notasi la spermatorrea; sia essa attiva, conseguente cioè o simpatica ad alterazioni causate dall'uretrite nell'apparecchio genito-orinario, sia passiva, da atonia dei condotti ejaculatori per effetto della flogosi uretrale ad essi irradiatasi, è un'accidente assai disgustoso che quando verificasi merita tutta l'attenzione dei pratici, onde istituiscasi prontamente una cura igienica, terapeutica propriamente detta, e morale; giacchè tutti conoscono il triste quadro fenomenologico degli infelici che sono affetti da molto tempo, da questa malattia.

CAPITOLO TERZO.

BALANITE.

Retraendo il prepuzio, si mette allo scoperto una considerabile estensione di superficie mucosa, una parte della quale copre il glande del pene, e il resto forma la parete interna del prepuzio. Questa superficie può essa pure diventar sede di un'infiammazione, simile a quella che descrivemmo affettare l'uretra. Se, come succede qualche volta, la malattia è limitata alla membrana che copre il glande, strettamente parlando, la si dovrebbe chiamare balanite; se alla superficie interna del prepuzio, postite, e se a tutt'e due balano-postite; tutte queste varietà però, per maggiore comodo, si comprendono nella sola espressione di balanite. La si chiama anche blennorragia o gonorrea spuria, gonorrea balano-prepuziale, blennorragia esterna.

Cause. — Vanno soggette a balanite, specialmente gl'individui con prepuzio lungo, o con fimosi congenito, poichè la membrana mucosa che copre il glande, e che riveste il prepuzio, non esposta nè all'aria nè allo sfregamento, è così sensibile, che la più piccola causa irritante vi desta un'infiammazione. La sola raccolta di materia, quando non la si possa toglier via per l'occlusione dell'orifizio prepuziale, negli individui con fimosi congenito, basta per destare la balanite; ho veduto parecchi casi, nei quali, per un po' di trascuranza, si suppose che lo scolo venisse dall'uretra, e furono presi per blennorragie. La diagnosi però non è difficile; basta asciugare il meato, e comprimendo lungo il pene, osservare se la materia viene dall'uretra, o dalla ripiegatura della mucosa balano-prepuziale.

In generale, le cause che determinano la balanite, sono le me-

desime che determinano l'uretrite blennorragica. Può quindi quella, derivare da contatto cogli scoli blennorragici o leucorroici, o da amplesso tenuto nel tempo della mestruazione o lì vicino; e, anche più frequentemente dell' uretrite, da solo coito con donna sana, particolarmente se con circostanze di speciale eccitamento; come pure da violenza, da masturbazione, da eccesso di fatica, da mancanza di nettezza, da errori dietetici, da influenze atmosferiche; aggiungasi la presenza sulla membrana mucosa del glande o del prepuzio, di un ulcero, di vegetazioni, o di un'eruzione dipendente da sifilide. [1]

SINTOMI. — Sintomi della balanite, sono una maggiore sensibilità dell'estremità del pene, prurito all'interno del prepuzio, e un

[1] L'età adulta è l'epoca della vita nella quale osservasi un maggior numero di balano-postite, perchè quella in cui si è di più esposti ad un coito impuro: non vanno però esenti di questa malattia, i vecchi ed i fanciulli; i primi perchè, o non sempre sono indifferenti alle attrattive dell'altro sesso, o perchè per difetto di pulizia, lasciano raccogliere lo smegma che assumo una proprietà irritante, nel cul-di-sacco prepuziale: da ultimo per causa di eruzioni cutanee generali, o per erpete prepuziale, nel qual caso l' affezione è assai ribelle. La balano-postite che osservasi nei fanciulli o nei neonati è quasi sempre dovuta al vizio del fimosi pel quale l'orina trasfondesi fra il glande ed il prefuzio, ed agisce come corpo irritante, sviluppando in tal modo il vizio dell' onanismo, che figura anche esso come causa della malattia in discorso. La quale anche nei fanciulli può dipendere da trasporto immediato di materia blennorragica, ma ciò deve essere assai raro. Nel comparto sifilitici tengo sott'occhio un ragazzo di sei anni con leggier fimosi congenito, e balano postite accompagnata da edema del prepuzio, ed escoriazioni del glande procuratagli da una giovinetta che affetta da blennorragia, erasi servita di lui per soddisfaro alle sue voglie.

Alcuni autori, tra i quali il Vidal, ammettono che il virus sifilitico sia la causa più frequente della balano-postite; e lo considerano come malattia virulenta. Furono citati anche casi nei quali l'inoculazione del mucopus proveniente dalla superficie mucosa del glande e del prepuzio, non ulcerata nè abrasa, ha dato luogo a delle ulceri, e persino alla sifilide. Insomma le medesime dissensioni che si sono sollevate per la natura dell'uretrite, si sono quì riprodotte. È inutile il ritornare su questo argomento così illustrato dagli studj recenti, a condanna di coloro che ammettono identità tra ulcero e blennorragia. Se il virus sifilitico può produrre una balano-postite, se non ulcera a priori la mucosa, non agisce certamente che come causa irritante.

A. RICORDI.

senso di bruciore nell'orinare, quando l'orina venga a contatto colla superficie malata. La mucosa infiammata è assai sensibile alla pressione, arrossata, e spesso denudata di epitelio a macchie irregolari, di color rosso più scuro della superficie vicina dove l'epitelio non è che parzialmente distaccato. Queste escoriazioni superficiali, sono parecchie per lo più, e sono simili alle ulcerazioni che si incontrano spesso sul collo dell'utero.[1] La superficie malata secerne un fluido muco-purulento, che varia in quantità e consistenza come nell'uretrite. Se vi è fimosi, e se l'orifizio prepuziale è così contratto da non permettere la libera uscita dello scolo, la materia si può raccogliere alla base del glande e formarvi un ascesso. Il siero si effonde nel tessuto cellulare del prepuzio, e lo rende più o meno edematoso, e qualche volta determina anche un fimosi accidentale.[2] L'organismo partecipa assai poco della malattia locale, la quale per lo più è di breve durata, ed assai obbediente alla cura. In qualche raro caso, le ghiandole inguinali s'ingrossano un po'e si fanno alquanto più sensibili, ma non arrivano mai alla suppurazione.

Una balanite predispone ad un'altra. Si danno spesso individui,

[1] La mucosa balano prepuziale, spogliata dall' epitelio assume precisamente l' aspetto di una superficie cutanea dalla quale siasi esportata l'epidermide dopo l'azione di una scottatura leggiera, o d' un vescicatorio. Nei vecchi e nei fanciulli ne' quali la malattia è meno grave perchè ordinariamente non dipende da trasporti di muco-pus blennorragico, non si osservano erosioni; nel caso opposto invece queste erosioni, se l'infiammazione è molto intensa, possono guadagnare in larghezza e profondità in modo da potersi confondere coll' ulcero. In tal caso la diagnosi differenziale può essere basata e sulla inoculazione e sullo stato dei ganglj inguinali.

A. Ricordi.

[2] Osservai alcune volte il flemmone del pene consecutivo alla balanopostite, non che la gangrena del prepuzio. Quest' ultima terminazione è assai rara; in tre individui ho veduto il prepuzio reso livido e mortificato, staccarsi colla medicazione dalla sua inserzione alla corona e lasciare il malato nelle identiche condizioni di un' operato di fimosi; la guarigione dopo quest'esito fu sempre pronta. Questa malattia si complica anche alla linfangioite: sentonsi dei cordoncini duri che dal prepuzio rimontano il pene e terminano nelle glandule inguinali superiori. L' ascesso fra la lamina mucosa e cutanea del prepuzio non è un accidente tanto raro, come pure il parafimosi, sia per la retrazione del prepuzio operata dai malati per la medicazione, sia pel progresso della malattia.

A. Ricordi.

con prepuzio lungo o fimosi congenito, i quali per venti o trent'anni non ebbero mai incomodo alcuno proveniente dalla loro anomalia di formazione, ma che, dopo una balanite, vanno assai facilmente soggetti ad averne altro, dopo amplessi di donne perfettamente sane, o dopo qualche imprudenza dietetica.

Cura. — Quando si può retrarre il prepuzio, la cura della balanite è semplicissima. In ogni caso, è assai necessario il liberare le parti da ogni raccolta di materia lavandole dolcemente con acqua tiepida, e introdurre dei pezzolini sottili, di circa due centimetri quadrati, tra il glande e il prepuzio, fino alla corona del glande; così le superficie infiammate si tengono staccate l'una dall'altra, e vi si desta un processo salutare, più rapidamente. Quanto al ripetere questa medicatura, bisogna regolarsi sulla quantità della secrezione; basta per lo più il ripeterla da due a quattro volte nelle ventiquattro ore, e si raggiunge così la guarigione entro una settimana. Nei casi meno leggieri però, si richiedono altre misure più energiche. Se la superficie è escoriata, sarà bene farvi scorrere sopra leggiermente il lapis infernale, od applicarvi una soluzione di nitrato d'argento, tre grammi di nitrato per trenta di acqua;[1] o invece di usare i pezzolini asciutti, si ponno imbevere in una delle seguenti misture: —

Sotto acetato di piombo liquido grammi 3.
Acqua grammi 60.
M.

[1] Questo metodo che è del Ricord, può figurare come abortivo; nel caso presente però, è molto meno doloroso e non è susseguito da spiacevoli conseguenze come lo è il trattamento abortivo dell'uretrite, ed a differenza di quest'ultimo è sempre coronato da buonissimo successo. Appena cauterizzata rapidamente la mucosa balano-prepuziale, il malato dovrà fare prolungati peniluvj freddi, medicati coll'acetato di piombo, oppure applicare alla parte bagnoli freddi, leggiermente astringenti. Ordinariamente una sola, tutt'al più due cauterizzazioni bene applicate bastano allo scopo. Staccata l'escara si ricorrerà ai soli astringenti, od alla medicazione, con filaticcio asciutto, come mezzo isolante le due superficie.

A. Ricordi.

Acido tannico grammi 3.
Glicerina grammi 30.
M.

Soluzione di cloruro di sodio grammi 9.
Acqua grammi 150.
M.

Estratto di opio grammi 1.
Solfato di zinco centigrammi 30.
Glicerina grammi 30.
Acqua grammi 60.
M.

Quando si ha fimosi, o congenito od acquisito, allora le parti sono meno accessibili al trattamento. In tal caso si ricorre ad una siringa che contenga parecchie once d'acqua tiepida, se ne introduce dolcemente la punta tra il glande e il prepuzio, e la si scarica, onde levar via dalla parte ogni raccolta di materia. Si può allora injettare qualche grammo di una soluzione di nitrato d'argento, o di una delle lozioni suddette, ripetendo l'injezione più volte nel corso della giornata. In questi casi il sig. Langston Parker, consiglia la seguente preparazione, introdotta fra il glande e il prepuzio con un pennello di peli di cammello: —

Cerotto semplice, o miele,
Olio di oliva, ana grammi 30.
Cloruro di mercurio grammi 2.
Estratto d'opio grammi 3.
M.

Se la balanite è accompagnata da molto infiltramento del tessuto cellulare del prepuzio, bisogna evacuare il fluido mediante alcune punture fatte con una lancetta. [1] Se il paziente può stare a

[1] Dichiaratasi la gangrena bisogna favorire la caduta dell'escara, con liquidi detersivi, e se abbisogna, anche col coltello. Ricord per prevenire la gangrena infiammatoria consiglia i fomenti con una soluzione d'estratto gommoso d'opio o l'injezione del medesimo liquido nel prepuzio; ed il Vidal i fomenti colla decozione di morella ed i cataplasmi di linseme irrorati con estratto di saturno.

A. RICCARDI.

letto, allora il pene deve essere involto con un solo strato di tela bagnata d'acqua fredda, o di estratto del Goulard diluito, e lo si deve tenore esposto all'aria. Se invoce, deve attendere alle sue occupazioni giornaliere, tali applicazioni non giovano punto, perchè coperte dagli abiti, agiscono come cataplasmi e favoriscono, piuttosto che impedire l'edema. La cura della balanite sarà però sempre abbreviata se il paziente potrà stare a letto, e mantenere le parti espôste all'aria. Quando questa malattia dipende dalla presenza di un ulcero, da eruzioni secondarie, o da vegetazioni, bisogna curare queste, come loro si conviene.

Importa assai il provenire le recidive della balanite, massimamente negli individui che l'ebbcro parecchie volte. Per raggiungere tale scopo è veramente nocessario la massima nettezza; lo parti devono cssere lavato due o tre volte al giorno dalla secrezione che si raccoglie naturalmente, bagnandole dopo con una ozione astringente; per esempio con una mistura di parti eguali d'acqua e acquavite, aggiungendo un po' di allume, o una soluzione di tannino, od una qualunquo delle misture astringenti che accennammo. Bisogna anche aver riguardo alle funzioni digerenti, e tenero un reglime dietetico regolato. Abbiamo già detto, come un prepuzio lungo, contribuisca assai alle recidive di questa malattia. Riuscii qualche volta a rimediaro a questo vizio di formazione, facendo in modo che il prepuzio si mantenesse costantemente retratto, per mezzo di una piccola fascia girata intorno al pene, posteriormente al glande; se la si può portare per qualche settimana, spesse volte il prepuzio resta rotratto, senza altro ajuto; così la membrana mucosa del glande e del prepuzio si indurisce col restare esposta agli agenti estorni ed allo sfregamento. Riuscendo inutile questo tentativo, resta ancora la circoncisione.

CAPITOLO QUARTO.

FIMOSI.

Colla parola fimosi, s'intende indicare quella condizione del pene, per la quale è impossibile retrarre il prepuzio dietro il glande.

Nella maggior parte dei casi, il fimosi è un vizio di conformazione congenito, costituito da una anormale strettezza dell'orifizio prepuziale; può essere complicato da adesioni, di sede ed estensione varia, tra il glande e il prepuzio. Il Registro Chirurgico del New-York Hospital, ricorda un esempio raro di questa specie di fimosi: Giuseppe Smith di Prussia, d'anni 49, fu ammesso in questo instituto il 19 ottobre 1832 con fimosi congenito. Il Dr. Stevens rimosse la porzione libera di prepuzio e la trovò attaccata al margine del meato invece di esserlo alla base del glande, cosicchè si avova un prolungamento tubulare dell'uretra lunga circa due centimetri.

Il fimosi congenito non si limita ad essere un gravo incomodo per chi lo porta, ma accresce la facilità a contrarre malattie veneree, ed è causa qualche volta di serj disturbi nelle vie genito-urinarie e nel sistema nervoso.

Il sig. Gionata Hutchinson, [1] dimostrò colle statistiche che la sifilide è assai meno comune tra gli Ebrei che non tra i Cristiani probabilmente per la costumanza presso gli Ebrei, della circoncisione Al Metropolitan Free Hospital, posto nel quartiere degli Ebrei in Londra, nel 1854, la proporzione degli Ebrei ai Cristiani, negli ammalati esterni, fu circa di uno a tre; la proporzione dei casi di sifilide tra i primi ed i secondi fu di uno a quindici. È evidente che questa differenza non la si deve già alla maggiore castità; lo comprova il fatto che gli Ebrei fornivano a un di presso

[1] Medical Times and Gazette, Dic. 1, 1855.

la metà dei casi di uretrite, curati durante il medesimo periodo che i cristiani. Le osservazioni di Hutchinson, lo condussero a credere altresì, che la sifilide ereditaria è più rara tra i figli degli Ebrei che non tra i figli dei Cristiani. L'esperienza di molti medici verrà a confermare il fatto che gli individui a lungo prepuzio, e specialmente quelli che hanno fimosi congenito, vanno soggetti in modo singolare a contrarre malattie veneree.

La capacità dell'orifizio prepuziale nel fimosi congenito, varia nei diversi casi. In alcuni si può scoprire una parte del glande, onde si può anche togliere la naturale secrezione della parte, mediante injezioni di acqua tiepida; in altri è così contratto da riescire difficile od anche impossibile lo scoprire il meato. Da ciò succede che orinando, una certa quantità d'orina penetra ogni volta sotto il prepuzio, più vi si raccoglie la materia sebacea, onde abbiamo uno stato continuo di irritazione od anche di infiammazione cronica, dalla quale senza dubbio dipendono, moltissime delle adesioni tra le due opposte superficie, che incontriamo poi più tardi.

L'osservazione quotidiana ci assicura che il fimosi congenito non si oppone alla perfetta salute generale; eppure quando si riflette alla simpatia che corre tra le diverse parti dell'apparato genito-orinario, e tra questo ed altri organi, è ragionevole l'aspettarsi almeno qualche caso fortuito, nel quale l'irritazione dell'estremità libera del pene, dipendente da fimosi congenito, abbia a disturbare qualche altra parte del corpo. Queste idee si trovano appunto verificate in pratica; ma secondo Fleury, [1] che fece delle bellissime ricerche su questo argomento, tali disordini, si devono attribuire all'estrema sensibilità della mucosa balano-prepuziale, costantemente protetta dallo sfregamento e dal contatto dell'aria, piuttosto che all'irritazione prodotta dalla raccolta di materia sebacea; poichè questi disturbi li osserviamo, anche quando si può ottenere la massima nettezza della parte.

Tra i sintomi che furono ascritti al fimosi congenito, si annoverano i seguenti: balanite, prurito costante o dolore all'estremità del pene, disordinata eccitabilità degli organi genitali, erezioni frequenti, sogni erotici, emissioni seminali, sviluppo imperfetto del pene e dei testicoli, incompleta e dolorosa ejaculazione dello sperma,

[1] Gaz. des Hôp., ott. 30, 1851.

tenesmo vescicale, incontinenza di orina, gastralgia, nevralgia, spossamento, prostrazione generale. Io credo che nessuno troverà di mettere in dubbio il nesso che corre, tra il fimosi e i più miti dei disturbi ora detti; quanto agli altri, alcune dubbiezze potrebbero essere legittime, se non fosse il fortuito rapporto, riconosciuto tra i sintomi e il fatto, che la semplice escisione del prepuzio allungato, in moltissimi casi, diede una perfetta e permanente guarigione. [1]

Il fimosi accidentale può dipendere da tutte quelle cause che producono tale un ingrossamento del pene, che il glande non può più passare attraverso l'orifizio prepuziale, o da quell'altre cause che danno ingrossamento o contrazione del prepuzio a tal grado che non lo si possa più retrarre; in altre parole, l'ostacolo può aver sede tanto nel glande, quanto ne' suoi involucri.

In alcuni casi, l'ostruzione non è che meccanica, come per esempio quando dipende da vegetazioni entro la ripiegatura della mucosa balano-prepuziale, o dall'indurimento che circonda un ulcero infettante, o da cicatrizzazione di qualche ulcero primitivo, situato sul margine del prepuzio.

Più frequentemente deriva da un processo infiammatorio, come la balanite o la postite idiopatica, o da queste stesse affezioni eccitate dalla presenza di ulceri, di eruzioni secondarie, di vegetazioni, od altro; ognuna delle quali può produrre gonfiezza del glande, o infiltramento nel lasso tessuto cellulare del prepuzio.

V'ha inoltre un'altra causa di fimosi, la quale, strettamente parlando, non si può comprendere tra quelle che ora abbiamo accennate; voglio dire un particolare inspessimento della membrana mucosa e del tessuto sottomucoso, che si osserva tanto nell'uomo che nella donna, dopo la cicatrizzazione di un ulcero, e che non è costituito da indurimento specifico, nè da edema, ma da ipertrofia dei tessuti normali dell'organo. Gosselin crede, che tale effetto sia proprio delle ulcerazioni primitive, e lo classifica tra i sintomi con-

[1] Le osservazioni di Fleury furono pienamente confermate da Borelli (Maladies genito-vésicales, Gaz. des Hôp., dic. 1851); Anagnostaxis riferisce una guarigione di ambliopia ottenuta coll'escisione del prepuzio (Rev. de Thér. Méd.-Chir., No. 4, 1860); e Trosseau uno di incontinenza di orina colla medesima operazione (Gaz. des Hôp, No. 9, 1860).

secutivi della sifilide. Lo si trova più frequentemonto sulle piccole labbra nella donna, e sul prepuzio nell'uomo. In quost'ultimo, l'involuero del glando, può raggiungere un tale spessore, da renderne assai difficile la retrazione, o produrre dello fessure dell'orifizio prepnziale, o impedirne affatto la retrazione.

Cura. — Quando il fimosi è accompagnato da qualcuno dei sintomi spiacevoli che accennammo, l'unico mezzo di cura è la circoncisione; ma, se por qual siasi motivo, non si può fare l'operazione, bisognerà che il paziente ogni qualvolta orina, scopra più che è possibilo il meato, ondo impedire che l'orina abbia e fermarsi sotto al prepuzio.

Nel fimosi acquisito, è rogola generale di evitaro possibilmente l'operazione, a meno che non vi sia stato precodentemente fimosi congenito; ma quando dipende da vegetazioni al di sotto del prepuzio, o da contraziono dell'orifizio prepnziale per cicatrizzazione di un ulcero, ora perfettamente guarito, è necessaria l'operazione o per arrivare alle anormali escrescenze, o per ridonare all'apertura del prepuzio il suo lume originale.

Il fimosi dipendonto da un considerabile indurimento specifico, come io ebbi a vedere più volte, scomparo coll'uso interno dei mercuriali.[1]

Bisogna evitaro possibilmente l'operazione, e almeno difforirla, quando il fimosi dipendo da infiammazione acnta, la quale rimette il più delle volte col riposo, la posizione orizzontale, la dieta scarsa, i catartici, il sanguisngio all'inguine o al perineo (non mai al prepuzio), i bagni di piombo ed opio, o se si è sicuri che non v'ha alcun ulcero, colle scarificazioni; ma se v'è minaccia di gangrena, non si deve frapporre alcun indugio.

In qnalche caso si è certi che c'è nascosto qualche ulcero tra

[1] Questa pratica è giustissima; il suo effetto è quasi sempre sicuro, principalmente se alla medicazione mercuriale interna, si aggiungono le frizioni di unguento cinereo sull'esterno, e nella cavità del prepuzio, i pediluvj tepidi emollienti e l'introduzione nell'orificio prepuzialo della spugna preparata. In questo modo si possono evitare le operazioni di fimosi, che a prima giunta sembravano precisamente indicate.

A. Ricordi.

il glande e il prepuzio, sia che l'abbia veduto il malato, sia che l'abbia veduto il medico prima che si determinasse il fimosi; in altri, lo si sospetta con moltissima probabilità, dal fatto che il paziente ebbe commercio sospetto. Ora questo solo dubbio che sia nascosto qualche ulcero nelle riposte pieghe della membrana mucosa, dovrà renderci assai cauti nel determinarci ad una operazione, la quale può essere seguita da inoculazione sui labbri della ferita. [1] È però vero, che se l'ulcerazione primitiva è di natura infettante, non avrà luogo l'auto-inoculazione; ma l'ulcero può essere di specie mista, e vi possono essere, un ulcero vero ed un ulceroide. Da quì il precetto, che quand'anche si senta un ammasso d'indurimento al di sotto del prepuzio, questo solo segno non basta, per sè stesso, a persuadere un'operazione. Io ebbi ad osservare un caso di tale natura: Un medico mio amico, fu chiamato a curare un caso di fimosi dipendente da un ulcero, circondato da un ammasso cartilagineo d'indurimento, che si sentiva benissimo sotto al prepuzio. Confidato nel fatto, che un ulcero infettante non può essere inoculato sulla persona che lo porta, egli si decise a fare l'operazione; in pochi giorni i labbri della ferita, presentarono l'aspetto di un ulcero molle. L'ulcero originale in questo caso, era certamente di natura mista. [2]

In certe circostanze però, e specialmente quando v'ha minaccia

[1] Nel caso che sul prepuzio sianvi ulceri e che sia indicata, per l'impossibilitata medicazione di essi, l'operazione del fimosi, converrà premettere una generosa cauterizzazione coll'azotato d'argento onde neutralizzare il virus; appena eseguita l'operazione, se sul glande o sulla corona esistessero altri ulceri, è indispensabile di far agire il caustico anche su di essi, e di far precedere alla medicazione, una abbondante lavatura della ferita con una soluzione leggiermente escarotica, quale sarebbe una soluzione di deutocloruro di mercurio (10 centigrammi di deutocloruro in 280 grammi d'acqua) e proteggere in seguito continuatamente la piaga con listerelle di cerotto molto adesivo; ad ogni medicazione si può far precedere la cauterizzazione degli ulceri sulla regione balanica. Con questo metodo io non ho mai veduto l'inoculazione della ferita, accidente, che protrae di molto la guarigione, e può esser causa di cattive conseguenze.

A. Ricordi.

[2] Sebbene quest'ultime proposizioni del Bumstead, sull'auto-inoculazione dell'ulcero sifilitico non sieno dette qui che per incidenza, e che più avanti, nell'altro volume l'autore ne parlerà di proposito, desidero di

di gangrena, non si può fare a meno di ricorrere ad un atto operativo; ma le incisioni dovranno essere guarentite con ogni cura dal contatto del virus; e nel caso succedesse l'inoculazione, si cauterizzeranno coll'acido nitrico.

L'inspessimento della sostanza del prepuzio, già descritta come conseguenza di ulcerazioni primitive, raro volto giunge a tal grado, da produrre un fimosi completo; ma la difficoltà che accompagna in questi casi la scopertura del glande, e le frequenti lacerazioni che succedono quando si voglia ottenerla, giustificano sovente l'esportazione dei tessuti ipertrofici.

Circoncisione. — Le operazioni parziali pel fimosi, come per esempio la spaccatura del prepuzio lungo il dorso del pene, o l'escisione di un lembo triangolare, non danno sempre una guarigione permanente, o lasciano inoltre una difformità nella parte. È certamento assai preferibile la circoncisione, poichè con quest'operazione si evitano gl' inconvenienti che s' incontrano operando con altri metodi.

Prima di descrivere questa operazione, mi permetto di richiamare alla memoria dello studioso che il prepuzio è costituito da due strati di tessuto, separati da un tessuto cellulare così lasso, da permettere ai due strati, un ordine pressochè illimitato di movimenti. Lo strato interno o mucoso, è saldamente unito al pene al di dietro della corona del glande, onde non lo si può stirare che per breve tratto sul glande stesso. Lo strato esterno o integumentale, al contrario, è continuo colla cute flaccida del corpo del pene, e lo si può allungare assai, poichè la sua porzione anteriore si rivolge all'indentro girando sopra sè stessa, allorchè si stira all' avanti la parte posteriore. Da questa struttura anatomica ne segue, che una sezione a livello del glande non può comprendere che lo strato integumentale, insieme a poca parte dello strato mucoso.

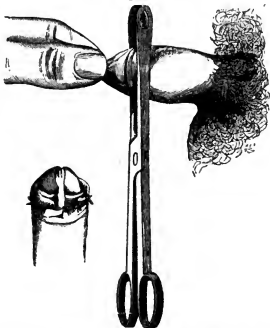
far osservare che per ora non si può assolutamente ritenere per assioma, che un' ulcero infettante non è auto-inoculabile, sembra che lo sia, ma assai raramente nel primo stadio.

A. Ricordi.

Dei varj metodi proposti dagli autori per compiere la circoncisione, io preferisco il seguente: —

Si pone il malato sul letto nel quale dovrà rimanere fino a cicatrizzazione completa, onde evitare dopo l'operazione, l'inutile cambiamento di luogo e il pericolo di emorragia, la quale impedirebbe la pronta guarigione della ferita; se il paziente non è capace di padroneggiarsi, lo si eterizza. L'apparecchio consiste di un pajo di pinzette a lunghe branche, un bistori acuto, una forbice a punta ottusa, e qualche filo di ferro o d'argento per suttura, o delle *serres-fines*.

Lasciato il pene nella sua condizione naturale, si traccia una linea d'inchiostro sulla pelle in corrispondenza alla corona del glande, questa linea servirà di guida all' incisione; si stira all'avanti il pre-

Fig. 1.

puzio, fino a che la linea segnata corrisponda all' estremità del glande; si afferra il prepuzio con una pinzetta, disponendone le branche alquanto obbliquamente, in modo da comprendere supe-

riormente, una porzione del prepuzio più larga dell'inferiore, o si consegna la pinzetta a un assistente; presa colla mano sinistra la parte di cute che sopravvanza, la si passa da parte a parte, trafiggendola al centro, con un coltello colla lama parallela al davanti e rasento le branche della pinzetta; si taglia all'imbasso prima, poi si volta il tagliente del coltello e si compie la sezione dal basso all'alto; questo processo è assai preferibile a quello che insegna di cominciare il taglio a un margine della duplicatura formata dalla cute; poichè gli strati cutanei o mucosi oppongono al tagliente una resistenza, che non si vince sempre così facilmente.

Compito il taglio, l'assistente toglie via la pinzetta; allora la cute si retrae naturalmente, ritirando il margine tagliato fino alla base circa del glande, e mettendo allo scoperto la nuova superficie esterna della membrana mucosa che copre ancora il glande. Se la mucosa è sana, con una forbice la si taglia lungo il dorso, e la si rivolge indietro per unirla alla cute; ma se la si trova inspessita per infiammazione cronica, per vegetazioni, o per cicatrice di un ulcero, bisogna esciderne la parte alterata. Le parti non si mettono a mutuo contatto, fino a che non sia cessato il gemizio di sanguo, collo esporre all'aria la superficie cruenta e colla torsione dei piccoli vasi. La congiunzione si può ottenere per mezzo di sutture con fili di ferro o colle *serres-fines*, che si toglieranno entro circa ventiquattro o quarantotto ore, appena che i margini della ferita si potranno giudicare abbastanza tenuti insieme dalla linfa plastica. Comunemente si fa seguire all'operazione, una fasciatura con bagno freddo; ma io preferisco esporre all'aria la parte e proteggerla con una gabbia dal contatto delle coltri, a meno che fallisca l'unione per prima intenzione e segua invece la suppurazione. Il malato dovrà starsene a letto fino a completa guarigione della parte; bisogna impedire il contatto dell'orina colla ferita, se non si può altrimenti, vuotando la vescica col pene immorso in un bacino d'acqua tiepida. Nei casi fortunati, bastano due o tre giorni di letto.

Il chirurgo dovrà guardarsi bene dall'esportare una troppo grande porzione d'integumento, per non esporsi al dispiacere di veder ripetuto il caso citato da Nélaton: [1] Si presentò alla clinica un

[1] Pathologie Chirurgicale, T. V, p. 663.

individuo, il qualo undici giorni prima, cra stato operato per fimosi, col metodo solito. Il chirurgo, dimenticando che l'integumento del pene è assai lasso ed elastico, prima di fare l'incisione, aveva stirato all'innanzi la pelle, fin dove potè; dopo l'operazione, il pene restò denudato fin quasi alla parete addominale. Si ebbe un'estesa superficie suppurante, che si lacerava e sanguinava per le frequenti erezioni. Pare che la storia del caso non sia stata seguita fino al suo termine, ma Nélaton accenna alla rigidità ed alla mala formazione dell'organo cho avrebbe tenuto dietro alla cicatrizzaziono, ed aggiunge cho: questo caso insegna l'importanza di marcare il limite dell'incisione, prima dell'operazione.

L'editore americano della chirurgia di Erichsen, dice che il metodo d'operazione del fimosi preferito al Pennsylvania Hospital di Filadelfia, consiste in una semplice divisione dello strato mucoso del prepuzio, praticato con una forbice, una branca della quale a punta acuta, s'introduce fra i due strati del prepuzio lungo il dorso del pene, l'altra a punta ottusa, fra il glande e il suo involucro; così si divide lo strato interno del prepuzio fino alla corona del glande. Si retrae quindi parecchio volte al giorno il prepuzio; specialmente quando si vuol orinare, tanto per impedire il contatto dell'orina colla ferita, quanto per impediro la riuniono immediata dei margini, ciò che renderebbe vana l'operazione.

Faure, compie la divisiono dello strato mucoso con un processo ancor più semplice: Egli stira quanto più può all'indietro la pelle del pene verso l'addome, e con una forbice a punta ottusa, taglia lungo il dorso la membrana mucosa dell'orifizio prepuzialo retratto, risparmiando la cute; questa incisiono permette di retrarre un po' più all'indietro il prepuzio; così si mette allo scoperto un'altro piccolo tratto di membrana mucosa, la quale vien tagliata ancora fino alla base dol glande, colla ripetiziono di altre simili incisioni.

Questi metodi, cho non implicano perdita di sostanza, ponno bastare quando non si abbia altro scopo cho di rimediare a un fimosi semplice, non complicato; ma quando la membrana mucosa è alterata, come lo è per lo più nei casi cho richiedono un'operazione, si deve preferire la circoncisione.

Aggiunta di A. Ricordi. — L'operazione del fimosi col metodo della pinzetta, come ce lo descrive il Bumstead, ha l'inconveniente di non tagliare unitamente, ed al medesimo livello la pelle e la mucosa; quindi l'atto operativo è doppio, poichè dopo la sezione della cute, bisogna coll'ajuto della forbice spaccare superiormente e tosare in seguito la mucosa. Mi pare che un metodo che riunisce in sè tutti i vantaggi di questo, e che non ne ha gli inconvenienti, è quello col quale ho veduto operare, il fimosi nella divisione dei sifilitici del nostro Spedale Maggiore, metodo al quale io mi attengo esclusivamente perchè reputo il migliore ed il più semplice. Si può eseguire con uno solo strumento o con due; con un coltello lungo, stretto e leggiermente falcato, e con una forbice robusta a punte ottuse: oppure solamente coll'uno o coll'altro. È il seguente. Si introduce il coltello munito alla estremità puntuta di una pallottolina di cera, unto d'olio, onde proteggere le parti, ed a piatto fino al cul-di-sacco o propuziale, sulla linea mediana dorsale: giunti là, si rivolge il tagliente in alto e colle due dita pollice ed indice della mano sinistra si afferra ai lati il prepuzio, precisamente alla inserzione della sua mucosa sulla corona del glande. Il prepuzio non dev'essere stirato nè in avanti nè all'indietro, ma conservato al suo posto abituale. In allora abassando il manico del tagliente ed innalzandone la punta, si trafora dall'interno all'esterno il prepuzio al di sopra della corona, poi ritirando a sè l'instrumento se ne eseguisce la spaccatura dorsale. In tal modo vengono tagliate assieme e nel medesimo punto, pelle e mucosa. Compito il taglio si esportano i lembi laterali risultati (che sono press' a poco di una figura triangolare), tosandoli colla forbice rasente la corona del glande, e senza spostare i loro rapporti. Arrivati vicino al frenulo i due tagli laterali dovranno convergere tra di loro e riunirsi all'inserzione superiore del freno, in modo da rispettare la cute e la mucosa che vi corrispondono: questa porzione risparmiata offre la figura di un V, coll'apice verso l'orificio uretrale, i di cui lati molto divaricati, e curvi-interni, seguono d' ambo i lati la corona del glande e vi si riuniscono alla parte dorsale.

Invece di adoperare il bistori falcato per la spaccatura del prepuzio, si può servirsi d'una forbice robusta e ben affilata, avendo cura di tenere il prepuzio nel modo che ho già indicato.

Cessato il gemizio capillare del sangue, o praticata la torsione di qualche piccola arteria, con punti di sutura nodosa, od altro, si mantengono a mutuo contatto le due lamine prepuziali. Qualunque sia la medicazione, è d'uopo raccomandare al paziente di orinare stando bocconi, onde evitare possibilmente che l'orina contamini la medicazione; ed amministrargli internamente una buona dose di bromuro potassico (6 grammi in 400 d'acqua sciroppata) onde prevenire il pericolo delle erezioni, le quali scompongono la ferita, o la piaga, cagionano vivi dolori al malato, ed impediscono la cicatrizzazione. L'uso di questo anafrodisiaco si può prolungare per più o meno giorni a seconda delle condizioni della piaga.

Il malato, il giorno prima dell'operazione dovrà prendere un purgativo, e nella cura consecutiva osservare un regime addatto ed il riposo del letto. Al medico incumbe di sorvegliare attentamente se insorgono complicazioni flogistiche, e di combatterle fino dal principio, cogli antiflogistici e sedativi. Allorchè esistono vegetazioni sotto-prepuziali complicate al vizio del fimosi, caso nel quale l'operazione è applicabile, la distruzione di queste produzioni epigeniche dovrà essere praticata possibilmente quando la piaga risultante dalla circoncisione sarà cicatrizzata.

CAPITOLO QUINTO.

PARAFIMOSI.

Nel parafimosi, l'estremità del pene è strangolato da un cingolo formato dall'orifizio prepuziale, retratto dietro la prominenza dolla corona dol glando, la quale costituisco il maggior ostacolo alla ridnziono. Scorsa qualche ora o qualche giorno, le parti al di dietro e specialmente al davanti dello stringimento, si gonfiano per infiltramento di siero e di fibrina; il cingolo costrittore vi si approfonda in un solco, mantenntovi in questa posizione insolita anche dall'adesiono coi tossuti più profondi, risultato del processo infiammatorio. Finalmente tien dietro l'ulcerazione o la gangrena, che ponno rimediare allo stringimento, ma però con una inutile perdita di sostanza. [1]

Il parafimosi s'incontra spesso nei fanciulli, come conseguenza dei loro primi tentativi di scoprire il glande. Può anche essere prodotto dalla sconsiderata retrazione del prepuzio, già precedentemente affetto da fimosi, e colle parti tuttora infiammato. [2]

[1] Il parafimosi può anche accadere spontaneamente in coloro che hanno corto il prepuzio, quando questo involucro si fa accidentalmente fimotico per le cause che conosciamo, ed insieme quando il glande aumenta a poco a poco di volume per balanite semplice od ulcerosa: in allora il prepuzio per l'intumidamento si accorcia ancor più e tende da sè stesso a portarsi all'indietro; il glande anch'esso aumentato in volume si sprigiona dal suo naturale involucro: e senza che v'abbia parte un incongruo maneggio.

A. Ricordi.

[2] Se il parafimosi è infiammatorio e grave, e che l'anello strozzante non si toglie spontaneamente consumandosi per mortificazione, a cagione della interrotta circolazione del glande, quest'organo si gonfia, si infiamma, e termina col cadere in gangrena.

A. Ricordi.

Cura. — Per rimediare ad un parafimosi, non si deve tentarne la riduzione fino a che l'edema non abbia alquanto diminuito colla posizione orizzontale del corpo, la posizione elevata del pene, e un catartico salino, e in qualche caso, coll'ajuto delle scarificazioni dei tessuti gonfiati al davanti dello strangolamento e l'applicazione del ghiaccio o di una corrente d'acqua fredda diretta sulla parte.

Spesse volte si facilita la riduzione, col sottoporre il paziente all'azione di un anestetico. Non di rado la difficoltà della riduzione vien fatta maggiore dal metodo improprio che s'impiega per ottenerla. Il glande e lo strato mucoso del prepuzio gonfiati, devono passare per un'orifizio prepuziale più piccolo; la sola pressione dall'avanti all'indietro, non fa che accrescerne il loro diametro trasverso, rendendo maggiore la difficoltà della riduzione; vi si riesce meglio comprimendole, o se fa d'uopo, allungandole e al tempo stesso tirando sopra di loro il cingolo costrittore e lo strato integumentale.

A questo scopo, si ungono le parti che stanno al davanti della

Fig. 2.

strozzatura o si circonda il glando con una pezzuolina onde impedire che le dita abbiano a scivolare; allora si comprime validamente il glando per dieci o quindici minuti nel suo diametro trasverso col pollice e le dita della mano destra, e si tenta di sgorgare per quanto si può i vasi; poi si circonda il corpo del pene con un anello formato dal pollice e dall'indice della mano sinistra,

stirando all'innanzi gl'integumenti e tentando nel medesimo tempo, d'inserire l'estremità del pollice destro al di sotto del cingolo strozzante, assai prominente.

Persistendo con questo metodo, raramente si fallisce nell'esito, quando la riduziono sia possibile. Meritano però d'essere descritti anche i metodi seguenti, consigliati da varj autori.

Garcia Térésa propose un metodo assai ingegnoso; egli applica sul dorso dolla corona del glande, il centro di un nastro, no gira le estremità intorno ai lati del glande, le incrocia sotto al frenulo e lo torna a girare intorno al mignolo di ciascuna mano; allora comprime il glande col medio o l'anulare e stira in direzioni opposte, mentre lo altre dita restano libere per tirare all'innanzi il prepuzio e compiere così la ridnziono. [1]

Il Dr. Van Dommelen, comprime il glande, girandogli intorno una striscia di cerotto adesivo lunga circa mezzo metro e larga un centimetro, cominciando dalla base o terminando presso l'orifizio dell'uretra. [2]

Il sig. Seutin di Brussell, invontò un pajo di pinzette colle estremità fatte a cucchiajo, colle quali mantiene la compressione del glande, fino a che gli si possa far scivolare sopra il cingolo strozzante.

Quosti tre metodi hanno per scopo di comprimere il glande durante la riduzione; nel seguento metodo, usato con moltissimo vantaggio nell'ospedale dei bambini in Pesth, si fa precedere la compressiono di quasi tutto l'organo, al tentativo di ritornare l'orifizio del prepuzio nella posizione naturale: —

Lavato ed asciugato il pene, si applica una striscia di cerotto adesivo, larga circa tre linoe, in direziono longitndinale, dalla metà della snperficio inferiore del pene, lungo il prepuzio o il glande gonfiati, evitando il meato, fino alla metà della superficie superiore; si applica analogamente un'altra striscia da un lato all'altro, sopra il glande; pei fanciulli di una certa età si richiede una terza ed anche una quarta striscia per copriro tutto l'organo; finalmente un'altra striscia trasversale alla precedonte, cominciando precisa-

[1] Rev. de Thér. Méd.-Chir., febb. 15, 1860.

[2] Med. Times and Gaz. giugno 4, 1859.

mente dietro il meato e continuando in giri successivi fino alla metà del corpo del pene. Dicono che questa fasciatura sia tollerata benissimo e che il gonfiore diminuisce talmente, che in capo a ventiquattr' ore bisogna rinnovare le strisce; la riduzione ha luogo generalmente in quarantotto ore. [1]

Il defunto Abramo Colles, professore di Chirurgia al Collegio Reale dei Chirurghi in Irlanda, dopo aver tentati varj mezzi inutilmente, riuscì a rimediare a due gravissimi casi di parafimosi, facendo passare una sonda dall'avanti all'indietro al di sotto dello strozzamento, e sollevandolo colla punta dello strumento, intanto che l'asta della sonda comprimeva la gonfiezza al davanti della strozzatura, forzando il glande all'indietro e frammezzo al cingolo; questo processo fu ripetuto a ciascun lato del pene, dopo di che la riduzione fu facilissima. [2]

Quando la riduzione è impossibile, quando v'ha minaccia di esulcerazione o di gangrena, è necessario rimediare allo strozzamento col dividere l'anello prepuziale, il quale, non lo si dimentichi, giace alla base del solco tra le ripiegature gonfiate dalla membrana mucosa o dei comuni integumenti. A tale scopo si introduce a piatto un bistori sottile ed acuto, dall' avanti all' indietro sul dorso del pene, se ne rivolge il tagliente all'insù e si spacca il cingolo. In alcuni casi bisogna ripetere questa spaccatura in più d'un punto e scarificare abbondantemente il prepuzio gonfiato, prima di ottenere la riduzione.

Aggiunta di A. Ricordi. — Credo opportuno di quì accennare a qualche nozione sulle varietà di parafimosi, in relazione al loro metodo curativo.

Il parafimosi può essere primitivo o consecutivo: il primo è proprio degli individui nei quali il prepuzio è abitualmente retratto al di dietro della corona del glande, in modo che questo resta allo scoperto. In tale condizione di cose, il parafimosi si verifica in certo qual modo passivamente, pel gonfiamento del pene (per una causa qualunque) da una parte, o per la strozzatura esercitata dall'aper-

[1] Schmidt, Jahrbücher.

[2] Dublin Quart. Journ. of Med. Sci., maggio, 1857.

tura prepuziale (che non si lascia distendere) dall'altra: insomma è la verga che si strozza da sè.

Il parafimosi può essere anche consecutivo, o ad un fimosi accidentale, o ad un fimosi congenito più o meno grave. Può essere riducibile od irriducibile. La riducibilità stà in ragiono diretta non solo colla strettezza del cingolo, ma col tempo dal quale data il parafimosi: è certo che quanto più il prepuzio era stretto, tanto più grave sarà la malattia, e tanto più difficile la riduzione col taxis od altri mezzi di compressione: como pure, so datava da più giorni; benchè ordinariamente in questa circostanza l' anello costrittore si esulceri e si mortifichi, in modo da non danneggiar più o quasi, per la sua pressione il pene, pure, ha già contratte aderenze alla base del glande; oppure il rigonfiamento del prepuzio al davanti dello strozzamento che sul principio era infiammatorio, edematoso, ora s'è fatto indolente, e duro, per il declinamento del processo flogistico o per elementi di nuova formazione che ne sono i derivati. In generale gli sforzi per ridurre un parafimosi nella maggior parte dei casi riescono a bene, tranne che nella prima varietà che ho descritta, per le ragioni anatomiche che ognuno comprenderà di leggieri, e nella circostanza che il prepuzio arrovesciato abbia contratte aderenze, o siasi ingrossato di molto per nuove organizzazioni. In tali casi, la strozzatura non si può togliere che collo sbrigliamento dorsale, ed anche laterale se occorre, oppure coll'operazione alla quale accennerò più avanti.

Il parafimosi consecutivo a fimosi congenito è più grave: la ripiegatura mucosa balano-prepuziale, si infiltra, si gonfia e forma alla regione del frenulo o sotto, un gozzo più o meno voluminoso al davanti dell'anello costrittore. Il gonfiore propagasi anche alla pelle della verga e principalmente al dorso dietro lo stringimento, in modo da sfigurare affatto il pene. Alcune volte vi sono due cingoli, l' uno costituito dal lembo cutaneo, l' altro dal lembo mucoso; tra questi, esiste un rigonfiamento da edema. Se il presidio chirurgico non è invocato, ordinariamente il cingolo cutaneo, od anche il mucoso si consumano, e la strettura si diminuisce. Se non accade questa provvidenziale disposizione, il glande cade in mortificazione. (Queste alterazioni, sono più proprie, nell'ordine solito di cose, al parafimosi da fimosi congenito. Nell'altra varietà per lo più, è solamente edematoso).

Se il cingolo non è molto stretto, e che il parafimosi non è, o poco infiammatorio (ed in questo caso può dipendere da fimosi congenito od accidentale di poco rilievo e può verificarsi in coloro che hanno prepuzio corto) il gozzo edomatoso risiede per lo più nella metà inferiore del prepuzio: presentasi sotto forma di un tumore risultante d' un' ammasso di sierosità semitrasparente, pastoso, indolente. In questo caso il cingolo raramente si esulcera, e se ciò succede, la perdita di sostanza è ben poca.

Se il parafimosi è grave e dipende da rilevante strettezza dell'orificio prepuziale ed è irreducibile, meglio che operarne lo sbrigliamento come fu detto, conviene senza meno l' esportazione del prepuzio. Il risultato è quello che si ottiene nell'operazione del fimosi. Nella pluralità dei casi, ne' quali ad essi sarà bene ricorrere, il cingolo è ulcerato, se nol fosse si eseguisce coll'arte, quanto non si è effettuato dalla malattia.

Con un piccolo coltello convesso si incide circolarmente la cute del prepuzio che costituisce la strettura, se al dorso è già ulcerata non si fa che continuarne la sezione all' imbasso: in questo modo la cute del pene viene isolata dalle alterazioni prodotte del parafimosi, e dovrà essere strirata all' indietro. Con un' altra incisione si taglia la mucosa a qualche linea dalla sua inserzione al collo del glande, sempre però rispettando il frenulo. Da ultimo si esporta o col medesimo coltello, o, colla forbice tutta la porzione di prepuzio che sta tra queste due incisioni: in tal modo è tolto il parafimosi. Nella contingenza che il parafimosi dipendesse da fimosi congenito rilevante, e che l' ammalato si decidesse per l' operazione, abbenchè si avesse la speranza di ridurre il parafimosi, onde schivare al paziente il dolore della riduzione ed il vizio del fimosi, sarebbe ancora indicata l' operazione ora descritta, che riesce sempre a bene se debitamente eseguita; così in una sol volta si guarisce e dal parafimosi, ed il fimosi.

La riunione dei lembi si eseguisce o con punti di cucitura nodosa, o colle *serres-fines*, o con listerelle di cerotto.

Mi resta ancora un' ultimo argomento sul quale amo discorrere, essendo che, non se ne fa parola dagli autori. Quando un parafimosi è riducibile, almeno dapprima lo si giudica tale, e quando esistono degli ulceri, od alla corona del glande, od alla lamina interna del prepuzio, od al frenulo, o sul glande in modo che la

riduzione, impedisce affatto, o difficulta la loro medicazione, conviene ricondurre il prepuzio sul glande, o lasciarlo, ed operare lo sbrigliamento del cingolo? Molte volte il pratico si trova davanti a casi simili e fa duopo decida ben presto sul da farsi. Quando gli ulceri risiedevano sul lembo prepuziale, che in seguito si è costituito come cingolo, oppure alla pagina interna del prepuzio o sul glande, ma non confinanti colla corona, io credo miglior partito, l' appigliarsi alla operazione che or ora ho descritta, dopo di averli cauterizzati diligentemente e profondamente. Che se questi fossero od al frenulo od alla corona , in modo che dovessero essere continui alla ferita che l' operazione costituisce necessariamente, in allora senza dubbio conviene, non la riduzione (nel caso che il rovesciamento del prepuzio per la giornaliera medicazione degli ulceri sia pericoloso, e possa dar luogo ancora al parafimosi) ma lo sbrigliamento in un luogo più lontano possibile degli ulceri. Insomma la riduzione non dovrebbe esser fatta, se non se nel caso in cui il parafimosi non essendo grave, una volta ridotto, (e quindi cessata in poco tempo la tumefazione delle parti) la retrazione del prepuzio, per la medicazione possa divenire affatto innocua.

Parlando di ulceri, ho inteso alludere ai venerei, al periodo di progresso o di stato, specialmente se serpiginosi, fagedenici, o gangrenosi. In caso che si trattasse di ulceri sifilitici, a meno che complicati da fagedenismo o gangrena, non essendo urgente una giornaliera medicazione locale, la riduzione del parafimosi può essere eseguita impunemente.

Nei casi nei quali il parafimosi poco infiammatorio, edematoso, ha dato luogo al tumore della metà inferiore del prepuzio, nel quale se data da molto tempo, si organizzano i prodotti di nuova formazione, e costituiscono una deformità più o meno rilevante, che può rendere malagevole o penoso il coito, conviene toglierlo col mezzo chirurgico, se i solventi o la compressione hanno fallito. A tale scopo con un piccolo coltello lo si incide, descrivendo trasversalmente una ellissi nella quale comprendesi la porzione che si vuóle esportare. La ferita si unisce per prima intenzione coi soliti mezzi.

CAPITOLO SESTO

EPIDIDIMITE BLENNORRAGICA.

La complicazione più frequonte della blennorragia è un'affezione degli organi scrotali, conosciuta sotto i varj nomi di testicolo indurito, ernia humoralis, orchite e meglio di tutti epididimite blennorragica. Ondo comprendere come sopravvenga questa complicazione della blennorragia, è beno richiamare alla memoria il canalo cho connette il testicolo e l'uretra, e' che serve di via al fluido seminale. Seguendo questo canale dall'avanti all'indietro, troviamo per prima, l'apertura del condotto ejaculatore, presso l'estremità anteriore del veru montanum nella parte prostatica dell'uretra; più innanzi, troviamo che questo condotto mette nel vaso deferente che passa intorno alla vescica, attraverso il canale spermatico entra nei muscoli addominali e finalmente discende nello scroto dove termina colle numeroso e intricate circonvoluzioni dell'epididimo. Abbiamo così una via, rivestita da una membrana mucosa, continua colla membrana mucosa dell' uretra e che connette le parti più profonde di questo canale, coll'epididimo.

Nel primo periodo dell'uretrite blennorragica, l'infiammazione trovasi per lo più limitata alle vicinanze della fossa navicolare. Più innanzi però, si estendo alle parti più profonde del canale o la malattia giunge al condotto ejaculatorio e, per influenza di qualche causa eccitante, può estendersi lungo il canale spermatico all'epididimo od ancho più all'ingiù al testicolo ed ai tessuti che lo involgono. Le sensazioni provate dal malato stesso, indicano che l'affezione del testicolo cominciò con un dolore ottuso al perineo, all'inguine, lungo il decorso dei vasi spermatici, che durò un giorno o due, e che precedette l'accresciuta sensibilità e l'ingrossamento del testicolo. Inoltre, il cordone corrispondente al testicolo infiammato lo si può sentire esternamente gonfiato e duro, lo si può se-

guire col tatto, dal testicolo ascendendo lungo il canale inguinale, anche fino alla fossa iliaca. L'esame cadaverico, mostrò le forme comuni di processo infiammatorio lungo tutto il canale che unisce il testicolo e l'uretra. Si può quindi ritenere che in parecchi, e probabilmente nella maggior parte dei casi, l'indurimento del testicolo ebbe origine dall'estendersi dell'infiammazione lungo una superficie mucosa continua.

In qualche caso però, non si incontra alcun segno di tale propagazione, nè nelle sensazioni del malato, nè in veruna condizione insolita del cordone, il quale pare affatto inalterato. Questi casi sono analoghi all'infiammazione di qualche ganglio inguinale ed ascellare, in conseguenza di una ferita al piede od alla mano; i vasi linfatici che decorrono dalla parte ferita al ganglio infiammato, non presentano alcun segno di infiammazione. Può darsi che l'infiammazione abbia infatti avuto luogo nel vaso linfatico, ma con processo così rapido da passare inosservata, senza lasciare traccia alcuna di essa; o può darsi che siano state trasportate lungo il canale, delle molecole di sostanza irritante, le quali si fissarono nel ganglio. Coloro che rifiutano di ammettere altra origine di questa malattia fuor che la diretta propagazione del processo infiammatorio, ricorrono a simile spiegazione nei casi di indurimento del testicolo senza alcuna apprezzabile lesione del cordone. Molti autori però ammettono che il testicolo indurito possa venire eccitato solo per simpatia, senza alcuna benchè minima infiammazione del tragitto spermatico, senza alcun passaggio o trasporto di materia irritante. La probabilità di questa opinione è avvalorata dallo scemare certe volte l'indurimento in un testicolo, e ricomparire nell'altro.

CAUSE. — La blennorragia dell'uretra è la sola forma di blennorragia che possa dar luogo all'indurimento del testicolo; questo non lo si incontra mai come complicazione della balanite.

La tavola seguente, compilata da De Castelnau, [1] mostra il

[1] Annales des Malad. de la Peau et de la Syphil., maggio, 1844.

tempo di manifestazione del testicolo indurito nel corso di 239 casi di uretrite blennorragica, raccolti da varie fonti: —

		CAUSSAIL.	DESPINE.	AUBREY.	DE CASTELNAU.	TOTALE
1.	Settimana	3	2	8	3	16
2.	»	4	6	17	7	34
3.	»	3	2	9	8	24
4.	»	16	2	13	6	39
5.	»	39	2	8	3	34
6.	» ed ultima 6		13	43	8	72
	Totale	73	29	100	37	239

Secondo l'esperienza di molti chirurghi, i casi di testicolo indurito durante la prima settimana di un'uretrite, sono ancor più rari di quanto si rileva da questa statistica. Si può dire come regola generale, che si manifestano dopo la terza settimana e più frequentemente dopo la sesta.[1]

Si citano casi di epididimite comparsa quando lo scolo era affatto cessato e qualche altro nel quale si manifestò fino dopo tre mesi. Mi si presentò una volta un individuo con epididimite, egli era stato curato da me per uretrite blennorragica fin da cinque settimane addietro e mi assicurò che in questo frattempo non aveva mai veduta traccia alcuna di scolo, nè io stesso potei trovarne esaminando il pene. È probabile, come opina Velpeau, che in questi casi sia rimasto un po' di infiammazione nella parte prostatica dell'uretra o al collo della vescica, ma in tale grado da non manifestarsi all'esterno e da passare inavvertita.

[1] Ebbi ad osservare più volte l'orchite blennorragica sviluppatasi, due, tre, quattro mesi dall'incominciamento dell'uretrite; ed in un caso recente, persino a sei mesi dallo scolo. In tali individui, l'uretrite o non era mai stata curata, oppure con mezzi insufficienti, od insignificanti. Nell'epoca in cui si presentavano onde farsi curare dell'orchite, lo scolo era in alcuni affatto mucoso, in altri appena purulento, e con tutti gli altri caratteri della cronicità, che secondo le asserzioni dei malati preesistevano allo sviluppo della malattia del testicolo, tranne che lo scolo era più abbondante. Le cause occasionali della complicazione morbosa, era per lo più l'eccesso di fatica pel disimpegno delle loro incombenze, e la mancanza di sospensorio.

A. RICORDI.

Si citano anche esempj di epididimite manifestatasi prima dello scolo dell'urotra. In un caso riferito da Castelnau, l'epididimite si sviluppò una settimana dopo il coito, e cinque giorni dopo, comparve lo scolo urctrale. Vidal [1] parla di un caso consimile; Velpeau ammette questo fatto. [2] È probabile che in questi casi ci sia stata realmente un'uretrite blennorragica, ma che non sia stata avvertita; come pure è possibile cho l'irritazione prodotta dal coito si sia limitata alla parte prostatica dell'uretra, senza che sia stata sufficiente a determinare uno scolo, fino a che comparve poi l'ingrossamento del testicolo. [3]

In certi casi di epididimite possiamo risalire direttamente a qualche causa determinante, che aggravò la condizione patologica dell'uretra. Può darsi che il malato abbia commesso qualche imprudenza o nel moto o nell'esporsi al freddo o con qualche eccesso o colla venere. Le forti injezioni irritanti, qualunque violenza fatta al canale con una candeletta, per esempio, o la forzata distensione dell'uretra coll'uso di una siringa, ponno determinare come dicemmo un peggioramento della malattia dell' uretra e conseguentemente l'epididimite. Uno dei casi più gravi ch'io ricordi di questa malattia, derivò dall'introduzione forzata nell' uretra, di una grossa candeletta allo scopo di curare una blennorrea che durava da qualche anno.

In altri casi però, la causa determinante dell'epididimite non è palese, indipendentemente dal fatto cho il processo infiammatorio ebbe tempo di comprendere la parte prostatica dell'uretra e giungere ai condotti spermatici. Si suppose da alcuni, che una delle cause di epididimite sia l'uso del copaivo o del cubebe; altri lo negano affatto non solo, ma raccomandano questi rimedj nella cura di tale affezione. Mi occupai già di questo argomento parlando degli anti-blennorragici; ora non dirò altro, che si desiderano altri fatti più evidenti e per l'una e per l'altra di queste

[1] Ann. de Chir., 1844.

[2] Dict. de Méd., art. Testicule.

[3] È anche probabile che in questi casi di orchite, sviluppata prima della comparsa, o qualche tempo dopo la cessazione dello scolo, si trattasse di una vera uretrite, ma col primo o coll' ultimo periodo di secchezza.
A. Ricord.

asserzioni. Non abbiamo alcun fondamento per credere che il copaive e il cubebe possano determinare l'epididimite;[1] meno poi per ritenere che le si debbano usare nella cura.

Non si dimentichi che uno dei mezzi migliori per prevenire l'ingrossamento del testicolo, si è quello di portare durante il decorso dell'uretrite blennorragica un sospensorio bene applicato. Con questo, il paziente viene ad essere alleviato dal peso degli organi scrotali e se ne favorisce il reflusso del sangue, diminuendo così di assai la facilità colla quale può determinarvisi un processo infiammatorio.[2]

Sede. — L'epididimite blennorragica è più frequente nel testicolo sinistro che nel destro. Di 1342 casi osservati dal professor Sigmund di Vienna, due terzi avevano per sede il testicolo sinistro.[3] Alcuni autori attribuirono la maggior frequenza di questa malattia nel testicolo sinistro, all'uso generale di portare gli organi genitali a sinistra nell'abbigliarsi, onde il testicolo sinistro è meno sostenuto del destro. Tale spiegazione è però assai disputabile.

[1] Io posso assicurare che una gran parte dei malati d'orchite blennorragica che fino ad ora ebbi ad osservare, non avevano curata in alcun modo, o con semplici decotti emulcenti, l'uretrite che tenevano da più o meno tempo.

A. Ricordi.

[2] Fu notato da taluni che certe epoche dell'anno, certi stati dell'atmosfera, sono favorevoli allo sviluppo dell'orchite. Il Vidal dice che ebbe a vedere in certi bruschi cambiamenti di temperatura, accrescersi il loro numero fino a far credere ad una epidemia. Gaussail parla d'una disposizione particolare, che avrebbero certi individui ad ammalarsi per orchite: crede che una prima predisponga ad una seconda. L'Aubry all'incontro osservò che questa affezione invade di preferenza quello dei due testicoli che non è stato ancora affetto. Pare che la circostanza dell'età non abbia influenza alcuna sullo sviluppo della malattia in discorso; però si può dire che è meno frequente nell'età avanzata.

A. Ricordi.

[3] British and Foreign Med.-Chir. Review, ott. 1856. Curling nega che quello che si ammala più frequentemente sia il testicolo sinistro (Diseases of the Testis, p. 226); questo suo giudizio però si fonda su 138 casi solamente, numero assai inferiore a quello della statistica del profess. Sigmund.

La causa della maggior frequenza dell'epididimite nel testicolo sinistro sta senza dubbio in quella causa stessa, quantunque non anco abbastanza determinata, per la quale il testicolo sinistro è assai più suscettibile di varie forme di processi morbosi che non il destro. [1] È raro che i testicoli si infiammino tutti e due nello stesso tempo, mentre sovente si ammalano l'uno dopo l'altro, e a distanza di qualche settimana, quantunque io abbia veduto esempj nei quali non vi furono che pochi giorni di intervallo. Sigmund

[1] Si è discusso molto per sapere quale dei due testicoli vadi più frequentemente soggetto all'orchite blennorragica. La statistica del Sigmund è certamente imponente e, presa da sola, risolverebbe il quesito. Non tutte però le statistiche pubblicate fin qui, e non tutti i sifilografi anche recenti, convengono nel parere dell'illustre sifilografo di Vienna. Io a dir vero non mi sono data molta briga di ricercare nei vari autori i quadri dimostranti quale dei due testicoli sia più soggetto all'affezione blennorragica: non farò adunque che esporre il risultato di alcuni che per quanto io mi sappia, si sono occupati del soggetto, e quello della mia osservazione. Il Curling, sopra 138 casi di orchite blennorragica, trovò ammalato più volte il testicolo destro, di quello che il sinistro. Il Castelnau, riunendo i fatti di Gaussail, d'Espine, d'Aubry ed i proprj, conchiuse che sopra 468 orchiti, ne trovò 222 a destra, 222 a sinistra e 24 doppie. Nel mio rendiconto dei sifilitici (Annali Universali di Medicina V. CLXXXIII. Fasc. Marzo 1863), si vede come sopra 103 orchiti curate nel corso dell'anno, 52 furono destre, 42 sinistre, e 9 doppie. Non contento del solo risultato avuto nel 1863, più per curiosità che per interesse all'argomento, che in realtà è ben poco, mi diedi a rovigliare nelle cedole ex cubicolo del 1861, ed in quello dell'anno corrente, onde istituire un termine di confronto, o vedere se il numero maggiore delle orchiti destre, era affatto casuale nel 1862, oppure non discostavasi dell'ordine solito delle cose. Venni adunque a cognizione che: nel 1861 il numero delle orchiti curate fu di 135, delle quali 71 a destra, 56 a sinistra, ed 8 doppie. Nei primi sette mesi del corrente anno furono curate 64 orchiti, ed anche questa volta con un sensibile divario tra le destre e le sinistre; 38 a destra, 22 a sinistra, 4 doppie. La mia ricerca non si estese sugli anni più addietro, non ho stimato il lavoro prezzo dell'opera; ora però sommando il numero delle orchiti destre e delle sinistre, non contando le doppie, sopra 281 orchiti che ho osservate in questi ultimi tre anni avressimo 161 orchiti destre da una parte, e 120 sinistre dall'altra. Io non saprei veramentre trovare ragione del perchè di tanta diversità relativa, tra la statistica del Sigmund e quella che io ho esposta. Anche il Ricord, che accorda tanta importanza, che in realtà non esiste, per lo sviluppo dell'orchite destra o sinistra alla positura dello scroto dall'uno o dall'altro lato della cucitura dei pantaloni che corrisponde al perineo, credo che non troverebbe diversità di usanza nel portare lo scroto a sinistra, tra il popolo germanico, e l'italiano.

A. Ricordi.

osservò ambidue i testicoli ammalati, in sette sopra cento dei pazienti dell'ospedale, e in cinquo su cento nei privati. L'infiammazione qualche volta dopo aver lasciato un testicolo e preso l'altro, ritorna al primo; a questa forma di malattia Ricord diede il nome espressivo di epididimite ad altalena.

I migliori autori, tranne poche eccezioni, sono concordi nell'opinare che nella maggior parte dei casi di questa malattia, l'epididimo è il primo e il maggiormente interessato degli organi scrotali. È là che finisce il vaso deferente; possiamo anche supporre che il processo infiammatorio venga ritardato per le innumerevoli ed intricate circonvoluzioni che compongono questa appendice del testicolo. Sul principio dell'infiammazione ed anche più tardi, cessato alquanto l'ingrossamento, si può sentire l'epididimo varie volte più grosso del naturale. L'epididimo, nella sua solita posizione, trovasi posteriore ed esternamente al corpo del testicolo; la compressione di questo punto eccita un doloro assai più vivo che altrove. L'epididimo, non essendo involto come il testicolo in una capsula fibrosa, può subire un grado indefinito di tumefazione e spesso si ingrossa a tal segno da circondare e nascondere in parte il corpo del testicolo.

L'epididimo però si trova ancho in posizione insolita, relativamente al testicolo; allora la sede del maggiore ingrossamento e della sensibilità più squisita, non sarà più quella che abbiamo or ora indicata. Questi errori di posizione sono chiamati dai francesi *inversions du testicule*. Recentemente furono studiati assai bene da Eugenio Royet, [1] il quale ammotto cinque varietà di inversioni:

1. L'epididimo può trovarsi anteriormente al corpo del testicolo.
2. Può trovarsi ad uno dei lati, o l'esterno o l'interno.
3. Può essere posto superiormente; l'asse longitudinale del testicolo disposto nel senso antero-posteriore, e l'epididimo appoggiato sulla superficie superiore di esso.
4. L'epididimo e il vaso deferente formano qualche volta un'ansa la quale circonda il testicolo dall'avanti all'indietro.

[1] De l'Inversion du Testicule. Paris, 1859, p. 55.

5. Nella quinta varietà, la posizione rispettiva dell'epididimo e del testicolo varia da un giorno all'altro, senza causa apparente.

Tutte queste varietà, tranne la prima, sono rare; la prima però secondo le ricerche di Royet si riscontra una volta su quindici o venti persone. L'insolita posizione dell'epididimo al davanti del testicolo, è quindi la sola che ci si presenti con qualche importanza quanto alla pratica. Quando si ha a fare la diagnosi di un tumore scrotale o quando si opera per l'idrocele, bisogna sempre ricordarsi della possibilità di incontrare questa disposizione dell' ëpididimo. Nell' epididimite, quando l' infiammazione non è generale, si può benissimo riscontrare l' epididimo, alla durezza che offre al tatto ed alla maggior sensibilità colla compressione. Quando il processo infiammatorio ha presi tutti gli organi scrotali, Royet dice che gli indizj migliori che ci fanno riconoscere la disposizione anteriore dell'epididimo sono: la non mobilità della cute anteriormente e il vaso deferente che si sente al davanti e non al di dietro degli altri vasi che costituiscono il cordone.

Dopo l'epididimo la parte che più spesso viene ad essere interessata nell'epididimite blennorragica, è la tunica vaginale. Rochoux disse che l' infiammazione di questa membrana è la principale e costante lesione di questa sorta d'orchite di cui parliamo; ma Rochoux disse un errore. La vaginalite quantunque assai frequente, non è però un segno costante ed è sempre consecutiva all'infiammazione dell'epididimo. Per lo più entro la tunica vaginale si trova un'effusione che varia per quantità e per carattere; può risultare di solo siero e dipendere da semplice impedimento alla circolazione; può anche contenere della fibrina od altri prodotti del processo infiammatorio. Qualche volta la linfa si dispone a briglie, a trabecole, le quali collegano le due opposte superficie come nella pleurite. Anche il tessuto cellulare sotto-scrotale viene compreso nel processo infiammatorio e si addensa per edema o per deposito fibrinoso. Gendrin [1] ci spiegò perchè la tunica vaginale fosse così di frequente interessata nell'ingrossamento del testicolo, mentre il corpo del testicolo resta inalterato; egli dice che quando il tessuto cellulare di un organo è continuo con quello che sta sotto ad una

[1] Histoire Anatomique des Inflammations, t. I, p. 143.

membrana sierosa vicina, esso diventa un mezzo di assai facile comunicazione per l'infiammazione; ma quando un organo contiguo non ha un tal nesso colla sede originaria della malattia, l'infiammazione si propaga assai meno facilmente.

L'anello di congiunzione tra l'epididimo e la tunica vaginale sta nel tessuto areolare cho penetra nel primo e che giace sotto alla seconda, mentre il testicolo, circondato dalla tunica fibrosa albuginea, è per così dire isolato, e sfugge al processo morboso.

Mantenendo sempre l'ordine di frequenza, dopo la tunica vaginale segue il cordone spermatico, come altra fra le sedi dell'infiammazione nell'epididimite blennorragica. Rare volte è interessato il corpo del testicolo; anche quando lo è, la tunica fibrosa che lo riveste serve per così dire di freno al grado di ingrossamento cui può giungere, ma nel tempo stesso la costriziono esercitata dalla tunica fibrosa sui tessuti imfiammati, accresce i patimenti del malato.

La tavola statistica del Profess. Sigmund, che abbiamo esposto più indietro, può dare qualche idea quanto alla relativa frequenza cui vanno soggetti i tessuti, nell'essere affetti in questa malattia. In 1342 casi, l'epididimo si ammalò solo in 61; l'epididimo e la tunica vaginale in 856; l'epididimo e il cordone in 108; e tutti e tre insieme queste parti in 317 casi.

Riesce ora palese l'esattezza dell' espressione epididimite blennorragica. Dire che l'epididimo in molti casi non è la sola parto affetta, non è una buona opposizione. Nelle malattie dell'occhio per esempio, noi conosciamo una certa infiammazione cui diciamo irite, quantunque vi siano interessate altre parti oltre l'iride; così nell'ingrossamento del testicolo, la sede principale della malattia ne determina il nome scentifico. L'espressiono orchite, addottata da Vidal, da Velpeau, e da molti autori inglesi, è meno corretta; vi si possono fare molte opposizioni, poichè dessa confonde questa speciale malattia con quell'altra condizione patologica del testicolo, prodotta da infezione costituzionale e affatto distinta per caratteri o per sintomi. [1]

[1] Quando alla parola orchite, si aggiunga l' epiteto, blennorragica, mi pare che questa affezione del testicolo non possa andar confusa coll'altra, da

Sintomi. — Generalmente non vi sono prodromi dell'ingrossamento blennorragico del testicolo; qualche volta però il malato ci riferisce d'aver provato per alcuni giorni un certo malessere, un po' di febbre acuta con qualche brivido di freddo e un dolore ottuso o un senso di peso al perineo, al cordone, agli organi scrotali, con voglia frequente di orinare. Comparve tosto il dolore al testicolo, specialmente movendosi, e trovò l'organo ingrossato e sensibilissimo alla compressione. L'ingrossamento e la sensibilità crescono rapidamente, e il doloro si va estendendo alla coscia corrispondente, all'inguine e alla regione lombare. Dopo ventiquattro o quarantotto ore, la parte ammalata dello scroto può raggiungere la grossezza di un pugno; la pelle è tesa, di color rosso carico fino al violaceo; il dolore, acutissimo specialmente di notte, tale da impedire il sonno; la minima compressione della parte, anche

sifilide alla quale ordinariamente si dà il nome di sarcocele sifilitico, di testicolo sifilitico, ecc. Inclino anche a credere che la parola epididimite, sia lontana dal raggiungere tutta l'esattezza che vuole attribuirle il Bumstead. In molti casi l'epididimo non è l'unica parte affetta, non solo, ma lo è in un grado molto minore di quello che per esempio è il didimo. Quando stabiliscesi la vera orchite blennorragica, parenchimatosa, tutta l'attenzione del pratico è portata e giustamente al vero testicolo; l'epididimo in questo caso non servì che di transito alla flogosi, che l'ha interessato ben poco: quindi tutta la sindrome si riferisce quasi unicamente al didimo, il quale rappresenta la parte più interessata. Allora io dico, è esatta la parola epididimite? Il Bumstead porta l'esempio della infiammazione dell'iride, nella quale anche altri tessuti simpatizzano, e che ciò nullameno vien chiamata irite. È vero, quando però le altre membrane dell'occhio non abbiano un'esponente flogistico maggiore di quello dell'iride, altrimenti l'attenzione dell'ottalmojatro si porta su quella più ammalata e da lei toglie il nome col quale batezzare la malattia.

Per raggiungere la vera esattezza, abbisognerebbe denominare la malattia, secondo i varj elementi del testicolo che sono ammalati, così per esempio epididimite, vaginalite, didimite, oppure combinare questi nomi a seconda che la flogosi prese due o più parti. Volendo comprendere sotto una sola denominazione il significato della malattia, io preferisco il nome di orchite blennorragica, non perchè sia sempre interessato il parenchima del testicolo propiamente detto, come credono taluni, ma perchè mi dà l'idea di una affezione speciale dell'organo compreso nello scroto, il quale è composto di varie parti, e che anatomicamente si conosce col nome di testicolo; affezione che ha delle varietà: torno a dire, il prendere una di queste varietà perchè più comune onde rappresentarle tutte, non mi sembra certamente di molta aggiustatezza.

A. Ricordi.

quella delle coltri, insopportabile. Qualche volta si possono diminuire questi gravi incomodi colla quiete assoluta, la posizione orizzontale, e il sospensorio. Se è interessato anche il cordone, il dolore, l'ingrossamento e la sensibilità, si estendono all'insù fino al canale inguinale. La pelle è calda, la lingua sporca, il polso accresciuto di forza e di frequenza, il malato agitatissimo, assai nervoso. Si ricordano casi di ingrossamento del cordone così eccessivi da produrre strangolamento all'anello addominale, con sintomi rassomiglianti a quelli dell'ernia strozzata, vomito e dolori addominali. Non si creda però, che l'ingrossamento del testicolo abbia sempre simtomi così serj; questa gravezza la si trova per lo più negli individui di temperamento assai nervoso, pei quali questa malattia è una delle più angosciose, mentre per altri le sofferenze sono in paragone leggiere, e permettono di attendere come al solito alle giornaliere occupazioni. Questi, sono però due estremi i quali comprendono una serie di varietà.

Quando l'infiammazione giunge all'apice, è impossibile distinguere le diverse parti degli organi scrotali. Giudicando dalla sola inspezione dell'ingrossamento, possiamo esser condotti a credere che questa sorta di tumore sia costituito principalmente dal corpo del testicolo; ma non è così. Desso dipende per la maggior parte dall'epididimo ingrossato, da effusione nella tunica vaginale, e da edema del tessuto cellulare sottoscrotale. L'idrocele spesso volte ma non sempre, ci lascia rilevare una distinta fluttuazione, e il tumore non è quasi mai trasparente; sotto una dolce pressione però, la superficie cede alquanto, prima che le dita giungano a ridosso del sottoposto corpo del testicolo. Questa cedevolezza è dovuta allo spostamento dell'edema scrotale e del fluido contenuto nel sacco. Pungendo il tumore con una lancetta, ne sfugge un siero sanguinolento, da qualche goccia a varj grammi.

In pochi giorni ha luogo la risoluzione, la quale incomincia alla parte anteriore del tumore. L'edema dello scroto e l'idrocele scompajono, e si arriva a poter distinguere le diverse parti del testicolo; l'epididimo duro o ancora ingrossato, posteriormente; e il corpo del testicolo che mantiene per lo più la sua solita elasticità, davanti. La durata dell'epididimite blennorragica, varia da una a tre settimane. In una discussione sulla cura di questa malattia che ebbe luogo all'Accademia di Medicina di Parigi nel 1854, Velpeau

disse che la durata media, cogli ordinarj metodi di cura, sta fra i 16 e i 18 giorni.

In qualche caso di ingrossamento dol testicolo, non ostante che siano cessati i sintomi più acuti, le parti restano ancora ingorgate e la malattia tende a farsi cronica. Ciò succodo più facilmente negli individui di costituzione debole, e, finchè dura questa condizione dell'organismo, la più piccola causa stimolante può far riassumero all'infiammaziono un decorso acuto.

Molti casi di ingrossamento del testicolo hanno una terminaziono favorevole. In qualche raro esempio però, si formano degli ascessi nel tessuto cellulare che sta sotto allo scroto o nell'epididimo o nol corpo del testicolo. Edwards [1] riferì non è molto un caso nel quale tutto il testicolo usciva fuori da un'apertura prodotta da un ascosso nello scroto, colla cute ritirata all'intorno dell'orifizio. Edwards regolarizzò i margini, e col manico del coltello li separò dai tessuti profondi, tracciando una strada per la quale fece rientraro il tosticolo nello scroto come prima. Chiuse poscia la ferita con tre aghi da labbro leporino; la riunione ebbe luogo per prima intenzione, e il malato era quasi perfettamento guarito al settimo giorno.

Se ha luogo la suppurazione del testicolo, il pus per lo più si apre varie strado in direzioni divorse formando dei seni, e distruggendo una parte dol paronchima; qualche volta si forma un ascesso circoscritto che può diventare oncistico; la parte più fluida viene riassorbita, e la parte solida si concretizza per un tempo indefinito, con apparenza assai rassomigliante a deposito tubercolare. La presenza della cisti però, rischiara la diagnosi, poichè la vora matoria tubercolare sta sompro in contatto diretto col parenchima dol testicolo, e non la si trova mai racchiusa in una cisti.

Negli individui scrofolosi per altro, l'ingrossamento del testicolo conseguente ad una blennorragia, può esser causa doterminanto di un vero deposito tubercolare. [2]

[1] Edinb. Med. Journ., nov. 1860.

[2] Fu riferito non è molto un caso di questa specie, in una seduta della Società anatomica di Parigi. Bulletin de la Soc. Anatomique de Paris, 2.ª Serie, vol. IV, p. 2.

Nello stesso modo che l'epididimo fu la prima parte ad ammalarsi, così essa è anche l'ultima a ritornare alla condizione solita; anzi in qualche caso essa mantiene per mesi ed anni un indurimento irregolare e nodoso, che può ostruire il passaggio del seme e rendere inutile il testicolo affetto. Se tale indurimento si verifica in ambidue i testicoli, o se contemporaneamente all'indurimento dell'uno, l'altro non sia ancor sviluppato, come quando il testicolo non è ancor disceso, è probabile che il malato resti impotente.

Si sa che in qualche raro esempio, l'epididimite blennorragica terminò coll'atrofia del testicolo.

La condizione dello scolo uretrale che precedette e che accompagnò l'ingrossamento del testicolo, fu soggetto di seria discussione. Si suppose dapprima, che questa complicazione dell'uretrite blennorragica, fosse generalmente proceduta da una diminuzione dello scolo, onde si disse che l'epididimite la si doveva attribuire all'uso di mezzi attivi, i quali si credevano trasportassero la malattia dall'uretra al testicolo. Da qui nacque la teoria dell'ingrossamento del testicolo causato da metastasi. La esatta considerazione dei fatti però, non conferma questa conclusione. È bensì vero, come regola generale, che l'uretrite ha varcato il periodo acuto e che quindi lo scolo è diminuito prima che l'epididimo si infiammi, [1] ma questo non è che il decorso naturale della malattia, quando non vi si verifichi complicazione veruna. Per provare l'origine metastatica di una epididimite, sarebbe necessario il dimostrare che ebbe luogo una rapida scomparsa o diminuzione dello scolo, la quale precedette precisamente l'ingrossamento del testicolo; ma non succede così. Al contrario, come osservò Ricord, ha luogo spesso un esacerbamento della malattia uretrale, e un leggier aumento dello scolo, aumento che precedette di un giorno o due. Stabilitasi

[1] Le statistiche di Gaussail relative allo scolo sono queste: Sopra 73 casi, in 67 lo scolo e gli altri sintomi di blennorragia uretrale erano diminuiti più o meno — in altre parole, il periodo acuto dell'uretrite era passato — allorchè ebbe luogo l'ingrossamento del testicolo; in 6 casi, la blennorragia uretrale era ancora al suo apice.

In 30 di questi 73 casi, diminuì gradatamente e scomparve affatto durante la cura dell'epididimite; in 43 casi, rimase ancora qualche po' di scolo, anche dopo guarita la malattia del testicolo.

la malattia del testicolo, lo scolo diminuisce come conseguenza di un'aziono revulsiva. Tali fenomeni corrispondono a quelli che si osservano in affezioni d'altro località, circondate da un processo di infiammazione acuta. [1]

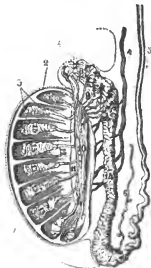



Fig. 3. Sezione verticale di un testicolo coll'epididimo.
1 tunica vaginale; 2 tunica albuginea; 3 suoi setti; 4 arteria spermatica; 5 vaso deferente; 6 vaso aberrans; 7 coda dell'epididimo; 8 testa dell'epididimo; 9 vasi efferenti; 10 rete testis; 11 mediatino; 12 vasi retti; 13 lobuli del testicolo; 14 corpo dell'epididimo.

L'indurimento dell'epididimo, che resta spesso per qualche tempo dopo un attacco di epididimite blennorragica e che può ancho farsi permanente, è un fatto che merita molta considerazione. Questo indurimento trovasi per lo più alla parte inferioro dell'epidi-

[1] Hunter ha fatto rimarcare pel primo che il gonfiamento dei testicoli non sopravviene che di raro allorchè l'infiammazione uretrale è al suo più alto grado, ma piuttosto quando declina e quando il malato si crede quasi

dimo, nel globus minor o lì vicino. Bisogna ricordarsi che la parte superiore o globus major, è costituita dalle circonvoluzioni dei vasi efferenti, che sono in numero da dieci a trenta; e che tali piccoli vasi si riuniscono in un condotto solo, prima di lasciare questa località; onde il globus major dell'epididimo, risulta com-

guarito. L'intensità della infiammazione uretrale non sembra avere alcuna influenza sullo sviluppo dell'orchite. Il Castelneau sopra 37 malati che interrogava sulla gravezza della loro uretrite, constatò che 31 avevano mediocremente sofferto al principio della blennorragia, 6 avevano provato dolori assai vivi, ed uno di questi ultimi aveva avuta una gravissima uretrorragia.

Io mi volli occupare del soggetto, sembrandomi assai importante, di stabilire per quanto la gravezza dello scolo entri come causa determinante dell'orchite blennorragica. Esaminava adunque i malati che si presentavano nella divisione, sulle circostanze sintomatologiche, anche le più minute e sull'epoca dello scolo, tenni a calcolo la cura preceduta, e la diversità di temperamento dei diversi individui, ma non mi venne dato assolutamente di fissare la mia attenzione sul grado della flogosi uretrale. Degli scoli cominciati ed accompagnati dai soliti sintomi, e che duravano da mesi perchè non curati, o con rimedj insignificanti, erano susseguiti da orchiti, precisamente come quelli i quali eransi svolti con maggiore gravezza di sintomi e che più tardi avevano poi piegato al periodo di declinamento, reso più lungo dalla assenza di terapia. L'orchite erasi sviluppata tanto in coloro che non avevano osservato menomamente le regole igieniche e si erano esposti a tutte le cause determinanti che conosciamo, come negli altri che solleciti della loro salute, non trascurarono l'uretrite della quale erano affetti e non eransi abbandonati ad eccessi.

Tutti i malati d'orchite, presentavano all'epoca del loro ricovero nello spedale, diminuzione costante dello scolo, diminuzione che però datava ed erasi fatta sensibile da qualche giorno, dopo l'incominciamento della malattia del testicolo, mai l'aveva preceduta. Non mi ricordo di avere osservata la perfetta e brusca cessazione dello scolo al primo comparire dell'orchite. Il Gaussail però e l'Aubry ne hanno veduto la scomparsa completa, il primo in 4 malati sopra 73; il secondo in egual numero, sopra 58: da ultimo il Castelneau, una volta su 38 casi. Non saprei se questa cessazione dello scolo fu notata precisamente al primo esordire della malattia in discorso; quando l'orchite è giunta all'apice, per effetto di potente rivulsione qualche volta fa sì che scompaja il sintomo patognomonico dell'uretrite, il quale rare volte non ritorna, più spesso diminuita di molto la flogosi al testicolo si presenta di nuovo, ma ordinariamente in quantità minore di quella nella quale era dapprima. È oramai provato ad evidenza che delle tre teorie messe sul tappeto per spiegare il modo di sviluppo dell'orchite blennorragica, la più razionale, non solo, ma la vera è quella che ci insegna, dipendere l'orchite da continuazione della infiammazione attraverso i condotti ejaculatori e deferenti. La metastasi e la simpatia sono teorie oramai viete e rifiutate universalmente.

A. Ricordi.

posto da varj vasi seminiferi, ognuno dei quali è sufficiente a trasportare il seme nel caso di ostruzione degli altri; mentre il corpo e il globus minor non contengono che un sol condotto, obliterato il quale, è completamente tolta ogni comunicazione tra il testicolo e il pene. È appunto in questa parte, cioè nel globus minor, che si trova quasi sempre l'indurimento lasciato da un'epididimito blennorragica; e, come abbiamo veduto, ne segue l'obliterazione dell'unico canale della parte, e l'impotenza dell'individuo dal lato affetto.

Qui nasce un importantissimo argomento di ricerca; quale sia cioè, l'effetto di questa obliterazione sul testicolo: se questo divenga atrofico, o se rimanga nella condizione solita, continuando a secernere lo sperma. In quei casi inoltre, nei quali ebbe luogo epididimito d'ambi i lati, ne può seguire l'indurimento di ambidue i testicoli e l'ostruzione completa al passaggio del seme; ora, in tali casi, conserva ancora il paziente gli stimoli sessuali? è capace di soddisfarvi? e in questo caso, in che differisce il suo seme da quello di un individuo perfettamente sano? A queste domande rispose abilmente il Dr. L. Gosselin in un suo lavoro, pubblicato negli Archives Générales de Médecine, settembre 1853.

Le conclusioni del Dr. Gosselin sono fondate su esperimenti fatti su animali inferiori, e sull'osservazione di novanta pazienti ammalati con doppio indurimento dell'epididimo, conseguente a blennorragia uretrale. In due cani si mise allo scoperto da un lato, il cordone spermatico; il vaso deferente fu isolato dai vasi spermatici, escidendone anzi una parte. Gli animali furono uccisi qualche mese dopo; si trovò che il testicolo del lato operato presentava il medesimo volume, colore e caratteri generali come quelli del lato opposto; la sola differenza stava in questo, che le circonvoluzioni dell'epididimo del testicolo operato, erano distese da un fluido, contenente una quantità di spermatozoi. L'escisione di una parte del vaso deferente, aveva tolta affatto ogni comunicazione col pene. Tali esperimenti provano che l'isolamento del testicolo negli animali inferiori, non genera atrofia di quest'organo; ma che esso rimane in una condizione apparentemente sana, e che continua a secernere sperma.

I novanta individui che ebbero la doppia epididimite, erano ricoverati all'Hôpital du Midi in parte, e in parte appartenevano

alla pratica privata del Dr. Gosselin. Il tempo che trascorse dalla formazione dell'indurimento all'epoca dell'osservazione, oscillò tra qualche settimana e dieci anni. I sintomi presentati furono sotto certi riguardi, singolari e notabili. In tutti, fuvvi un punto di indurimento nella parte inferiore dell'epididimo di ciascun testicolo. Non si osservò in nessuno, cambiamento apparente nel volume degli organi scrotali, nè dolore in nessun tempo, nemmeno dopo l'amplesso. Nessuno ebbe ad accorgorsi di alterazione veruna negli stimoli o nelle facoltà sessuali. Tutti furono capaci di coito come qualunque altro individuo sano. Le erezioni e le ejaculazioni si ebbero complete. Il seme fu riscontrato della solita quantità, consistenza, odore e colore; presentava le reazioni chimiche descritte da Berzelius, quali caratteristiche dello sperma; solamente che esaminato al microscopio, lo si trovò diverso da quello di individui sani, in quanto era affatto privo di spermatozoi. Nei casi recenti, molti erano tuttora affetti da uretrite, e il seme era misto a pus e a globuli sanguigni; ciò che mancava nei casi antichi. La mancanza assoluta di spermatozoi in tutti questi individui, fu confermata dai ripetuti esami dei Dr. Gosselin, Robin, Vermeil ed altri eminenti microscopisti di Parigi. In due di questi casi, l'esito della cura, continuata in uno per tre mesi, nell'altro per nove, fu la scomparsa dell'indurimento in un testicolo; l'esame microscopico ritrovò ancora gli spermatozoi, ricomparsi nel seme colla risoluzione dell'indurimento.

Questi casi sono importantissimi, tanto per la fisiologia come per la patologia e la terapeutica. Essi dimostrano primieramente, che la quantità di fluido ejaculato, presenta i medesimi aspetti generali e la medesima quantità, tanto quando il condotto del canale deferente è obliterato, come quando esso è libero; e dimostrano altresì, che nel caso di obliterazione, la secrezione dello sperma nel testicolo, non è sufficiente a distendere di molto i vasi nè a produrre sensazione dolorosa. V'ha probabilmente qualche assorbimento dello sperma secreto; poichè, dato che questo fluido sia secreto dai testicoli nella quantità che comunemente si crede, gli effetti sui vasi dei testicoli e le sensazioni provate dal paziente, sarebbero più palesi.

Da tutti questi fatti il Dr. Gosselin conchiude col dire, che la funzione abituale del testicolo è quella di fornire l'elemento fecon-

dante dello sperma, cioè gli spermatozoi; e che gli altri componenti del liquido spermatico, ai quali esso deve e colore e odore e reazioni chimiche, e che costituiscono il medium nel quale vivono gli spermatozoi, derivano per la maggior parte dalle vescichette seminali.

Ma le conclusioni derivate da questi fatti, le quali interessano noi principalmente, sono quelle che si riferiscono alla patologia ed alla cura dell'epididimite. Tali conclusioni, fissate dal Dr. Gosselin, sono le seguenti:

1. L' indurimento è situato per lo più nella coda dell' epididimo, quantunque, strettamente parlando, possa aver sede in qualunque parte di quest'organo. Siccome l'epididimo al di sotto della testa non è composto che di un sol vaso, l'obliterazione di questo vaso, basta per impedire il passaggio dello sperma.

2. La presenza dell'indurimento non eccita dolore, quando però l'infiammazione che lo ha prodotto, sia affatto cessata.

3. L'indurimento non determina nell'esercizio delle funzioni genitali, cambiamento veruno, avvertibile dal malato.

4. Se il vaso spermatico è obliterato d'ambi i lati, il paziente è per necessità impotente; se da un sol lato, la fecondazione è possibile, purchè sia sano l'altro testicolo.

5. Il successo della cura in molti dei casi citati, ci fa credere di poter qualche volta restaurare la facoltà di fecondazione, mediante l'uso di convenienti rimedj.

Godard dice di aver confermate le osservazioni di Gosselin, coll'esame microscopico del seme di più di trenta individui, affetti da doppia epididimite cronica; in ogni caso mancavano gli spermatozoi. [1]

Se l'epididimite blennorragica prende un testicolo che fu arrestato lungo il cammino di discesa dall'addome allo scroto, si può sbagliare facilmente nel determinare la natura del caso. Se il testicolo non ha ancora lasciata la cavità addominale, può simulare la peritonite o un ascesso iliaco; se si arrestò lungo il canale spermatico, può contraffare l'ernia strozzata o il bubone; è tanto più fa-

[1] Études sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme, extrait des Mémoires de la Soc. de Biologie, an. 1856, Paris, 1857.

cile cadere in errore, quando per esempio, la tunica vaginale sia ancora connessa colla cavità addominale, e, pel propagarsi dell'infiammazione, si abbia una vera peritonite coll' accompagnamento de'soliti sintomi imponenti. Nell'opera citata di Godard si troveranno numerosi casi ad illustrazione di questi cenni.

Una posizione del testicolo ancor più rara è quando esso trovasi nel perineo; anomalia di luogo che fu avvertita pel primo da Giovanni Hunter che ne vide due casi. — Alcuni anni sono fu condotto all'ospedale di Londra un fanciullo nel quale uno dei testicoli aveva così deviato dal suo cammino, che la ghiandola era nel perineo alla radice dello scroto. — [1] Ricord e Vidal de Cassis [2] ne osservarono ciascheduno due casi ; Ledwich [3] ne osservò uno in un esame cadaverico e Godard [4] dà la storia di un altro col disegno dell'anomalia. Io non conosco altri che questi nove casi. Un testicolo perineale affetto da epididimite blennorragica, può simulare un ascesso perineale o l'infiammazione delle ghiandole del Cowper, come nei due esempj osservati da Ricord. [5] — In uno v'era un tumore perineale eccessivamente doloroso, fluttuante, della grossezza di un uovo di piccione. Fu preso dapprima per un ascesso e Ricord stava per aprirlo, quando l'esame dello scroto lo avvertì della mancanza di uno dei testicoli. —

C'è da fare un'altra considerazione importante quanto alla posizione insolita del testicolo. In moltissimi casi di tale anomalie, la ghiandola è inutile allo scopo della procreazione. Secondo Goubaux e Follin, [6] essa subisce la degenerazione grassa o la fibrosa. Godard lo nega; egli però coll'esame microscopico dello sperma dopo morte, dimostrò che in via generale, la ghiandola è impotente. In otto casi su nove, mancavano gli spermatozoi. Ora, se

[1] Curling, op. cit., p. 46.

[2] Traité de Pathologie externe, vol. V. p. 432.

[3] Dublin Quart. Journ. of Med. Sc., febb. 1855.

[4] Op. cit., pag. 65, e tav. III.

[5] Godard, op. cit, p. 96.

[6] Follin, Études Anatomiques et Pathologiques sur les Anomalies de position et les Atrophies du Testicule: Arch. de Méd., luglio, 1851.
Goubaux, e Follin, De la Cryptorchidie chez l'Homme et les principaux animaux domestiques; Mém. de la Soc. de Biolog., 1855.

l'anomalia è limitata ad uno dei lati, e se l'altro testicolo è sano, la fecondazione è ancora possibile; ma se nel testicolo disceso si determina l'epididimite, l'obliterazione del suo vaso deferente, toglierà al paziente la facoltà di procreamento, come nei casi di epididimite doppia osservati dal Gosselin. Godard dà la storia di un individuo che aveva un testicolo non disceso, che ebbe un figlio da un'amante, ma che dopo una epididimite blennorragica dal lato opposto, si ammogliò due volte senza aver progenie, e il some, ossorvato ventun anni dopo, mancava di spormatozoi.

Aggiunta di A. Ricordi. — Moltissimi autori del passato e del presente socolo, Hunter, Pott, Richter, Dupuytren, Delasiauve, Gosselin, Curling, Blandin, Vidal de Cassis, Ricord, Regnoli, Robert, Rollet, Viennois, Bauchard, Rizzoli, Burci, Michelacci, Galligo, hanno veduti casi di affezioni dei tosticoli con ernia o senza, ne' quali uno non era disceso nello scroto, ma bensì si era arrestato lungo il tragitto del canale inguinale. La conoscenza della teratologia testicolare in rapporto al canale inguinale, ed alla sua patologia è di un grandissimo interesse diagnostico e terapeutico. Uomini dell' arte distintissimi caddero in errore od erano per cadervi, equivocando l'affezione blennorragica del testicolo situato all'inguine, con altre malattie proprie di quella regione; ernie, buboni, ecc. e la storia medica ricorda a proposito i nomi di Pott, di Dupuytren, di Delasiauve, e di Ricord. Interessa moltissimo adunque di conoscere il quadro sintomatologico dell'orchite blennorragica che in questo caso assume il nome di intrainguinale, e di stabilire la diagnosi differenziale di questa malattia con altre che possono simularla. Non esiste una monografia di questa affezione, ma solamente furono pubblicate nei giornali ed in alcuni trattati delle storie assai interessanti ad illustrazione dell'argomento; dalle quali io ho tolto le notizie semejotiche che vengo ad esporre.

L'orchite intrainguinale manifestasi, come la scrotale ordinariamente dopo la prima o seconda settimana dalla blennorragia, la causa prima è l'affezione blennorragica; nelle determinanti sonvi tutte le altre che figurano per l'orchite scrotale. Esordisce la malattia con sintomi relativamente più gravi dell'altra, tranno che nella condizione dello scolo il quale anche in questo caso decresce

appena che si è sviluppata per ripigliare poi dopo alla sua risoluzione. I malati si accorgono di un tumore all'inguine, caldo, dolente, ovale, col massimo diametro parallelo alla direzione del canale inguinale, che irradia moleste sensazioni all'anca corrispondente ed alla regione dei reni; sopravvieno loro talvolta la febbre più o men viva, quasi sempre nausea, vomiturazioni o vomito, allora si fanno smaniosi ed irrequieti. Non accusano dolori intestinali, il ventre è molle, indolente trattabile, l'alvo si apre coi purgativi. Il tumore che dapprima era piccolo si fa più o meno voluminoso, fino come una piccola mela, e risiede lungo il tragitto del canale inguinale; talvolta è dolente al punto da non sopportare la più lieve pressione, è caldo, teso ed immobile: la pelle che lo ricopre si arrossa e si fa eritematica. Se la malattia non raggiunge questa gravezza possono mancare i sintomi generali, ed essere limitati i locali. Il tumore aumenta di poco, si fa globuloso, pastoso, o leggiermente fluttuante, la pelle che lo ricopre è normale o di poco alterata, il calore è pur esso quasi normale; è mobile, ed alcuno volto lo si può sollevare con due dita e sentire l'epididimo ingorgato, collocato posteriormente. Questa malattia ordinariamente è unilaterale: il Robert però accenna ad un caso di un viaggiatore che lo consultò per un' orchite intrainguinale doppia, il quale era in preda a delle sofferenze assai vive, ed a frequenti conati di vomito.

Fino ad ora fu impiegato il metodo antiflogistico per la cura dell'orchite intrainguinale, che si dissipa fra i due, o tre settenarj: generosi sanguisugi all' ingiro del tumore, fomenti freddi, od emollienti, ecc.

Questa malattia può andar confusa colle ernie inguinali libere aderenti, strozzate, coll'idrocele cistico della vaginale del funicolo spermatico, coi buboni suppurati o no. Ognuno intende di quanta importanza sia per la successiva terapia, la diagnosi differenziale, (che si deve fare per esclusione) dell'affezione in discorso colle altre che possono simularla o complicarla; la mancanza dello scroto e del testicolo al lato che corrispondo alla malattia, l'esistenza, o preesistenza della uretrite, sono certamente dati importantissimi che potranno guidare il pratico ad una giusta diagnosi, e toglierlo ad errori che potrebbero avere tristissime conseguenze.

Però il Dr. Galligo che da poco tempo pubblicava nel suo giornale l'Imparziale, delle osservazioni interessantissime sul soggetto, par-

lando appunto della diagnosi differenziale, mette il caso, d'altronde verificabilissimo, che cioè un individuo nel quale il testicolo trovisi nel canale inguinale aderente ad un'ernia irriducibile, sia colto da una uretrite e conseguente orchite dal lato del testicolo non disceso, con fenomeni di strozzamento. Il pratico in simile vertenza può ventilare, o l'erniotomia, od una cura semplicemente antiflogistica. Secondo il Galligo i criterj che meglio serviranno a rischiarare la diagnosi, dovranno essere i fenomeni dal lato dei polsi, dalla fisonomia del malato, dallo stato delle funzioni intestinali, dal tempo di loro durata, dall'esame del tumore ecc. e servirsi del criterio, adjuvantibus et lædentibus, giacchè se ad onta dei clisterj, dei purgativi e degli antiflogistici persistessero i fenomeni di complicaziono d'orchite, di strozzamento o di peritonite, è segno che, o esiste strozzamento dell'ansa per causa indipendente dell'orchite, od in parte ed anche in totalità per essa. In tal caso il chirurgo dovrà praticare l'erniotomia onde cercare la causa dello strozzamento ad appigliarsi ai provvedimenti curativi che troverà del caso.

Io ho osservato due casi, dimostranti la possibilità d'una infiammazione da blennorragia limitata solamente al funicolo spermatico; devono essere abbastanza rari poichè non se ne trovano di consimili nei trattati di malattie veneree, o del testicolo; hanno una certa analogia coll'orchite blennoragica intrainguinale. Quella della quale vengo a discorrere è una malattia che potrebbe essere designata, sotto il nome di funicolite blennorragica. Io qui non stimo necessario di riportare per esteso le storie dei due individui che si presentarono colla malattia così limitata; darò solamente alcuni cenni onde far conoscere in quali casi solamente possa darsi tale affezione, a quali caratteri la si conosce, o come vonno curata. Questi due soggetti, erano uno giovane, l'altro vecchio, i quali fino dalla nascita avevano un' imperfettissimo sviluppo, del testicolo e dell'epididimo, a sinistra; lo scroto corrispondente non mancava di molto. Erano affetti il primo da varj giorni, il secondo da un mese da uretrite, quando s'accorsero di un dolore contusivo all'inguine che si estendeva allo reni ad all'addome. Il senso doloroso ora cresciuto di molto ed insieme a questo constatarono alla regione inguinale sinistra lungo il tragitto del funicolo, un tumore cilindrico che dall'anello inguinale interno si estendeva fino al testicolo; il tumore era della

grossezza d'un dito pollice, dolentissimo al tatto: la pelle che lo ricopriva era aumentata leggiermente di calore, ed appena arrossata. Il testicolo portato in alto, era del volume e configurazione di un uovo di passero o poco più, indolente affatto alla pressione, di consistenza carnosa; il funicolo era ingrossato e dolente fino alla sua immissione nel testicolo. Nel soggetto giovane eransi destati leggieri sintomi di generale reazione, poca febbre, mal'essere generale, nausea, ecc. nel secondo tutto il patimento era localizzato all'inguine. Nel vecchio lo scolo era quasi cessato, nell'altro diminuito notevolmente. La cura venne istituita in ambedue i casi localmente colle spalmature di collodion, tre volte al giorno; in quello nel quale eransi suscitati i fenomeni di generale reazione venne fatto un salasso. Guarirono l'uno in cinque, l'altro in sette giorni, vale a dire scomparvero perfettamente tutti i segni della flogosi al funicolo il quale era diminuito di molto, ed era indolente anche ad una brusca pressione. La continuazione di applicazioni del collodion ed alcune frizioni d' unguento di mercurio e cicuta, lo ridussero al volume normale. In simili casi importa pochissimo che il postumo induramento si sciolga o meno. Questa malattia può andar confusa coll' orchite intrainguinale blennorragica, se come nei casi ora narrati il testicolo è molto piccolo e portato in alto, confusione che non apporterebbe per verità un pregiudizio nella terapia, può simular tutte le altre morbosità che dissi per l'orchite intrainguinale.

Anatomia patologica. — Siccome l'epididimite non complicata, non è mai fatale, l'opportunità di istituire esami cadaverici è assai rara, e ciò solo accade, quando qualche malattia sopravveniente produca la morte dell'individuo. La relazione più completa d' un simile esame ch'io conosca, si trova nella *Gazette des Hôpitaux*, 21 dicem. 1854.

Caso. — Il paziente entrò nella sala di Velpeau alla Charité, con ingrossamento del testicolo che durava da otto giorni; l'epididimo gonfio e duro si sentiva posto davanti al testicolo; anche il cordone era interessato; il corpo del testicolo sembrava sano; non v'era alcuna effusione nella tunica vaginale.

Il malato morì dopo diciotto giorni, per un accesso di cholera

che durò ventisei ore. L'esame cadaverico fatto dal Sig. Gosselin, diede i seguenti risultati: —

1. La tunica vaginale non conteneva fluido alcuno; nei vasi di essa non eravi alcuna injezione.

2. Il corpo del testicolo era sano.

3. La testa e il corpo dell'epididimo essi pure erano sani; la coda però era gonfia, e formava una massa dura, uniforme, del volume di un fagiuolo. Aperta col taglio questa massa la si trovò priva di vasi, di color giallo uniforme, rassomigliante a tubercolo, e di consistenza soda. Sezionate le circonvoluzioni del condotto spermatico, si trovò che i vasi avevano raggiunto il triplo, il quadruplo della loro naturale grossezza, e invece di essere vuoti, erano ripieni di una materia gialla uniforme; di questa materia però non ve n'era negli interstizj dei vasi circonvoluti; non la si trovò che dentro di essi, e nella sostanza delle pareti vasali. Robin la esaminò al microscopio, e vi scoprì globuli di pus insieme a globuli di grasso e a globuli glanulari dell'infiammazione. Egli pure confermò, che tale materia si limitava all'interno dei vasi.

4. Il vaso deferente, che aveva riacquistato il volume naturale, era riempito di materia giallognola, non contenente spermatozoi e composto di globuli di pus, di cellule di epitelio cilindrico e di corpuscoli granulari. Le pareti del vaso perfettamente sane.

5. La vescichetta seminale dal lato affetto era sana. Conteneva poca quantità di fluido, con globuli di pus e cellule epiteliali, ma non vi erano spermatozoi; questi invece furono ritrovati nella vescichetta seminale dal lato opposto.

Gaussail (*Arch. Gén. de Med.*, 1831, tom. XXVII, p. 188) riferì due esami necroscopici di ingrossamento del testicolo; ma in questi due casi però, il reperto fu fatto con minor diligenza che non in quello di Gosselin.

Caso. — Il malato morì di aracnoidite acuta; aveva ingrossamento del testicolo destro da dieci giorni, e del testicolo sinistro da cinque. Le vescichette seminali erano più grosse e indurite; la loro interna superficie, specialmente in vicinanza ai condotti ejaculatori, era assai injettata; la cavità di ciascuna, riempita da una materia di color bianco gialliccio e leggiermente granulosa. I vasi efferenti dappertutto erano inspessiti, la loro cavità contratta

e riempita da una materia simile a quella delle vescichette; le superficie interne di queste, injettate.

L'epididimo da ciascun lato, si era fatto grosso e duro; la superficie esterna di esso di un color rossigno, che non si estendeva però alla superficie del testicolo. Ambidue contenevano una materia analoga a quella trovata nelle vescichetto. I testicoli avevano mantenuto il loro volume naturale, e non presentavano lesione alcuna fuor che uua marcata injezione dei piccoli vasi rientranti nolla sostanza del testicolo sinistro. Nella tunica vaginale un leggier grado di sierosità rossigna. L'uretra prostatica e la membranosa, presentavano tracce di processo infiammatorio.

Caso. — Il malato morì di febbre tifoide; aveva il testicolo destro ingrossato da tredici giorni.

Le vescichette seminali distese da molta quantità di fluido spermatico, più denso del naturale, ma senza il color gialliccio notato nel caso precedente. Il vaso deferento a sinistra (dal lato opposto del testicolo ammalato) ingorgato dall'uretra all'apertura posterioro del canale inguinale; il destro inspessito dappertutto, colla cavità diminuita; la superficie interna del vaso arrossata, coll'injezione dei vasi assai palese. L'epididimo destro di un volume doppio del naturale e assai duro. A prima vista, il testicolo pareva assai più grosso del solito, ma aperta la tunica vaginale, ne sfuggì un fluido denso, torbido, leggiermento sanguinolento, e il testicolo tornò al suo volume naturale. La tunica albuginea inspessita, e la superficie esterna era cosparsa da una rete di numerosi vasellini; la sostanza del corpo del testicolo non alterata, fuor che in un piccolo grado, di maggior consistenza e di colore più scuro del solito.

Il Sig. Curling (op. cit. p. 209), dice ch'egli ebbe due volte l'occasione di fare un reperto cadaverico di ingrossamento del testicolo, ma non ci dà alcuna relazione di quanto osservò. Il Sig. Brodie [1] esaminò il cadavere di un signore che vent'anni prima

[1] Clinical Lecture on diseases of the Testis, London Medical Gazette, vol. XIII pag. 219, 1834.

aveva avuto un'epididimite blennorragica; trovò il testicolo più piccolo del naturale, e un terzo dei tubilli del testicolo convertiti in una sostanza bianca, della consistenza ma non della struttura fibrosa dei legamenti.

Il primo caso che ho citato, quello occorso nel servizio di Velpeau, io credo sia il solo che fosse esaminato con tutti i mezzi della scienza moderna; faccio specialmente notare il fatto, che il deposito fibrinoso lo si trovò dentro il vaso dell'epididimo e non interstizialmente fra le circonvoluzioni. Questo fatto è contrario a quanto dice Curling; e nondimeno non si può dubitarne così facilmente; anzi appoggia assaissimo l' opinione di Gosselin, che durante il decorso di un' epididimite acuta, ed anche finchè continua l'indurimento che ne risulta così spesso, la comunicazione tra il testicolo e il pene è quasi sempre impedita. Con questo non si vuol dire che l'essudato sia sempre limitato all'interno del vaso; può anche depositarsi nel tessuto areolare connettivo delle circonvoluzioni; pare però che preferisca la prima di queste due sedi; fatto importanto, in quanto interessa le facoltà generative dell'individuo.

Le alterazioni patologiche prodotte dall'epididimite, non si possono studiare con vantaggio che nei casi recenti. Nelle masse di indurimento, vecchie da mesi ed anni, gli elementi anatomici sono talmente confusi che riesce impossibile il distinguerli.

Cura. — La cura dell'epididimite blennorragica deve essere interamente antiflogistica. È però vero che temporeggiando, l'infiammazione rimette; ma è più probabile allora, che vi si determini un'effusione di linfa plastica, la quale mette a repentaglio le facoltà generativo dell'individuo, assai più facilmente che non quando la malattia viene trattata fin dal suo esordire, con un metodo attivo.

Bisogna ottenere assolutamente il riposo in posiziono orizzontale, ancorchè le condizioni del malato non lo richiedono. Giacendo a letto, gli organi scrotali devono essere sostenuti da una serie di compresse disposte l'una sopra l'altra frammezzo alle cosce, o da un pannolino ripiegato che giri intorno ai genitali come una fionda e che si attacca colle estremità ad una cintura qualunque. Io ordino

per lo più un emeto-catartico, come indica la seguente prescrizione: —

Antimonio tartarizzato centigrammi 20.
Solfato di magnesia grammi 45.
Acqua di canfora grammi 200.
M.

Ne faccio prendere al paziente un cucchiajo ogni venti minuti od ogni mezz'ora, fino a che sia bene eccitato il vomito; allora lo continuo nella medesima quantità, ma coll'intermezzo di qualche ora tra un cucchiajo e l'altro, in modo però da mantenere un po' di nausea, o determinare un certo numero di evacuazioni alvine nella giornata.

Se il caso è grave, non si devono tralasciare le sanguisughe; applicandole lungo il cordone subito sotto l'anello addominale esterno, piuttosto che sullo scroto, si vuota la parte assai più immediatamente, e si evita l'irritazione prodotta dalle ferite delle sanguisughe.

Se ne mettono da quattro a dieci secondo l'importanza del caso. Raro è che non riescano a ridurre d'assai l'ingrossamento e a diminuire il dolore; qualche volta però, bisogna ripeterle nelle ventiquattro, o quarantotto ore o dopo pochi giorni, quando i sintomi dopo aver rimesso alquanto, ringagliardiscono. Mancando le sanguisughe, si aprono varie vene scrotali ad un tempo; allora il paziente si alzerà, e terrà le parti nell'acqua calda fino a che le vene siano ben turgide onde facilitarne l'apertura colla lancetta. Estratta una sufficiente quantità di sangue, il malato ritorna a letto; e il gemizio del sangue si ferma in breve spazio di tempo. Nel caso che continuasse troppo o fosse eccessivo, lo si ferma colla compressione mediante le *serres-fines*, o una pinzetta comune od un emostatico.

Nella cura di questa malattia si consigliò il bagno freddo e il bagno caldo locale. Giudicando dalla mia propria esperienza dirò che il primo, applicato sull'esordire della malattia riesce non di rado ad arrestare il progresso dell'imfiammazione; ma quando la malattia si è pienamente spiegata, il bagno caldo è più gradito al paziente e meglio riesce ad affrettare la risoluzione. Se vengo chiamato bastantemente presto, faccio applicare sullo scroto un pezzolino sem-

plice, bagnato nella soluzione di 15 grammi di cloruro d' ammonio in 500 grammi d'acqua. Quantunque io preferisca questa soluzione, si può però usare la sola acqua fredda. Si devono tener sollevate le coltri, onde l'evaporazione sia affatto libera per non aumentare la temperatura della parte. Scorse alcune ore si comincia ad aggiungere un po' di ghiaccio alla soluzione con molto sollievo del malato; le sensazioni provate dal paziente ci serviranno di indice quanto al grado di freddo cui si può giungere. Nella notte è bene toglier via le coltri, perchè imbevendosi d'umido impediscono il sonno; così pure invece del ghiaccio si bagna lo scroto con estratto di belladonna diluito con acqua; la belladonna calma il dolore locale e favorisce il sonno tranquillo. Qualche volta bisogna ricorrere anche ad un opiato internamente.

Se il bagno freddo non si può tollerare, o se non ostante i nostri sforzi, il doloro e l'ingrossamento vanno aumentando, invece del bagno freddo si applicano dei cataplasmi freddi o di pane o di farina di semi di lino; nei soggetti robusti si ponno adoperare i cataplasmi di foglie di tabacco allo scopo di ottenere gli effetti nauseanti e calmanti proprj di questo narcotico.

Quando nel decorso dell'epididimite blennorragica, ci vien fatto di accorgere una raccolta di fluido nella tunica vaginale, è meglio evacuarla tosto. Per l'atto operativo, Velpeau ci insegna di stringere posteriormente il tumore come nell'operazione per l'idrocele; immersa la lancetta nella cavità della tunica vaginale, mantenerla nella ferita e deviarla dolcemente dal suo asse onde conservare il parallelismo delle incisioni nella cute e nella mucosa, fino a che sia uscito tutto il liquido. Io non trovo che quest'ultima precauzione sia necessaria. Adoperando una lancetta a lama larga, la ferita riesce abbatanza ampia e il parallelismo delle incisioni si conserva abbastanza bene col tener fisso la presa posteriormente al tumore; il fluido inoltre esce fuori più liberamente ritirando l'instrumento.

Questo metodo di cura mi diede risultati assai soddisfacenti. La risoluzione incomincia per lo più entro ventiquattro o trentasei ore, e il paziente trovasi obbligato in camera non più di cinque giorni o una settimana.

Ridotto alquanto l'ingrossamento, dissipato il dolore, e sostenendo le parti, si può affrettare la risoluzione applicando delle strisce di cerotto adesivo in modo da esercitare una certa compressione

sul testicolo. Il Dr. Fricke di Hamburg [1] fu il primo a suggerire questo mezzo di cura, onde a buon diritto lo si chiama dal suo nome. Non vi si deve ricorrere fino a quando non siano cessati i sintomi acuti, nè quando il cordone spermatico sia ancora ingorgato, nè quando v'abbia ragione da temere il formarsi di un ascesso nel testicolo o nel tessuto cellulare sotto scrotale. Le opposizioni che si sono fatte con tanta ressa a questo metodo, si fondarono sull'impiego inopportuno che se n'è fatto. Le sensazioni del paziente, una volta che siano applicate le strisce, ci indicheranno se le si possono o no continuare. Applicate nel giusto periodo della malattia danno un senso come di sostegno e di sollievo; ma se invece aumentano il dolore, sono di danno e bisogna toglierle via.

Una mescolanza di due parti di cerotto adesivo ed una di estratto di belladonna distesa su una pelle sottile, è un mezzo più elegante e sotto molti rapporti, migliore del cerotto adesivo comune. È più molle, più elastico, meno facile a scaldare la cute intorno al cordone; lo si toglie via con facilità e senza distacco doloroso; inoltre agisce colla belladonna come sedativo.

Prima di applicare il cerotto bisogna radere diligentemente i peli dello scroto; si tagliano delle strisce larghe circa un centimetro, poi si spinge all'ingiù il testicolo verso la parte inferiore del sacco e lo si mantiene là col pollice e l'indice della mano sinistra; intanto si fa aderire una striscia di cerotto intorno al lato affetto dello scroto al di sotto dell'anello addominale. Si applicano quindi delle altre strisce disposte ad embrice, in guisa che ognuna appoggi per un terzo della larghezza sull'altra e così fino a involgere tutto il testicolo fuor della estremità. Questa alla sua volta la si copre con strisce longitudinali a guisa di un canestro; e finalmente si assicura il tutto con una striscia lunga girata parecchie volte sulle altre.

Dopo dodici o venti ore, si trova che il cerotto non agisce più perchè l'ingrossamento si è impiccolito; bisogna quindi riapplicare delle altre strisce. Si continua la compressione fino a che il te-

[1] Lo scritto del Dr. Fricke fu pubblicato nel Zeitschrift für die gesammte Medicin. B. j. h. l. Hamburg, 1836.

sticolo è quasi ritornato alle sue naturali dimensioni. Per tutto questo tempo non si dimetterà il sospensorio.

In una seduta dell'Accademia di Medicina di Parigi nel 1854, si trattò dell'applicazione del collodion sullo scroto come mezzo di compressione suggerito dal sig. Bonnafont; Ricord ed altri ne parlarono contro.

Quando dopo la remittenza dei sintomi acuti, il testicolo rimane ancora in condizione di ingorgo cronico, non è bene l'insistere col metodo antiflogistico. La dieta dev' essere nutriente ma non stimolante. Evacuare ogni effusione nella tunica vaginale ed applicarvi diligentemente la compressione colle strisce di cerotto. Il ventre sia libero; gioveranno i mercuriali a piccole dosi, presi prima di coricarsi.

Si ebbero opinioni diversissime quanto alla convenienza di curare l'uretrite durante il decorso di un ingrossamento del testicolo. Coloro che credono nell'origine metastatica dell'epididimite, rifiutano di occuparsi con mezzi curativi, dello scolo uretrale durante l'infiammazione del testicolo; anzi sono d'avviso di dover suscitare una certa irritazione nell'uretra mediante candelette od altro, onde richiamare la malattia alla sede primiera. Qui siamo basati su un falso supposto onde si vien fuori con un metodo inutile e pericoloso. Il continuare dell'uretrite non può che far peggiorare l'epididimite; anzi tende a generare la recidiva di quest'ultima quando mai la fosse già scomparsa. La cura dello scolo uretrale ci dà invece una certa quale garanzia per l'avvenire; ma non la si deve praticare però mediante le injezioni irritanti. Io adopero comunemente l'injezione di glicerina, estratto di opio e solfato di zinco che raccomandai nel periodo acuto della blennorragia uretrale; però la quantità del solfato non deve mai oltrepassare quel grado sufficiente a destare un momentaneo senso di pizzicore nel canale uretrale. Questa formola può convenire quasi sempre: —

Estratto d'opio grammi 1.
Glicerina grammi 30.
Solfato di zinco centigrammi 30-60.
Acqua grammi 200.
M.

Nascendo la necessità di obbligare il malato a letto, la si deve accettare come una fortunata combinazione; il letto giova moltissimo, e il paziente ritornerà tanto più presto a' suoi affari, guarito probabilmente dello scolo e dell'affeziono del testicolo. Il copaive e il cubebe non hanno alcuna azione curativa sull'epididimite; io credo che sia quindi meglio l' astenerseno nella cura di questa malattia.

Vi sono ancora due altri metodi di cura dell'epididimite blennorragica. Il primo fu proposto da Velpeau e consiste nella puntura della tunica vaginale per evacuarne il liquido contenuto, per quanto sia in poca quantità. Noi abbiamo già consigliata questa puntura nel caso di abbondante raccolta. La specialità del metodo di Velpeau sta nella frequenza col quale egli lo adopera, anche quando le incisioni non danno esito che a poche gocce di liquido. Egli dice che questo metodo solleva immediatamente dal dolore, abbrevia il decorso della malattia e tiene il posto delle sanguisughe ed altri mezzi attivi e incomodi. Pare però che questo sistema siasi limitato al solo Velpeau. Altri chirurghi lo accettano in massima ma solo nelle circostanze indicate da noi. Vi si oppone anche l'avversione al coltello che naturalmente prova ogni individuo ammalato per questa malattia. Lo si può ritenere senza pericolo; io non conosco che un solo caso nel quale fu seguito da un esito sfavorevole. Ciò accadde in un individuo curato da Montanier [1] nel quale una semplice incisione della tunica vaginale fu seguita da una esagerata emorragia, che si frenò a stento e che mise a repentaglio la vita dell'operato. Probabilmente si ferì qualche arteria scrotale di maggior calibro.

Vidal de Casis fece rinascere un' operazione che si dice originata da un chirurgo francese per nome Petit, il quale pubblicò nel 1812 un'opera sulle malattie veneree. Questa operazione consiste nel semplice prolungamento dell'incisione di Velpeau fin nel corpo del testicolo. Vidal dice che fu lui il primo a praticare queste incisioni in tal modo in questa malattia, cui egli chiama col nome di orchite parenchimatosa. Egli si proponeva con questa operazione di diminuire lo strozzamento esercitato dalla tunica fibrosa

[1] Gaz. des Hôpitaux, 1858.

sui tessuti sottoposti infiammati, col dividore la tunica albuginea. Avendo trovato, com'egli dice, che l'operazione non era seguita da alcun spiacevole risultato e che anzi diminuiva il dolore locale ed affrettava la risoluzione, egli credette di estenderla anche a quei casi più frequenti nei quali è interessato il solo epididimo; e trovò che anche qui se ne avevano buoni effetti. Nel suo trattato sulle malattie veneree, dice d'aver praticata impunemente questa operazione in quattrocento casi, e la vorrebbe preferita a tutti gli altri mezzi di cura. Quanto all'atto operativo egli insegna di incidere la tunica albuginea con un coltello o con una lancetta, trapassando lo scroto e la tunica vaginale per l'estensione di un centimetro e mezzo, e di penetrare nel parenchima del testicolo, fino alla profondità di poco più di mezzo centimetro. Basta una sola di queste punture.

Non ostante l'appoggio di Vidal, è assai dubbio che questa operazione sia affatto senza pericolo, specialmente dopo l'osservazione di quattro casi veduti da un medesimo chirurgo, il sig. Demarquay, nei quali la sostanza del testicolo stillò a poco a poco, in filamenti, dall'incisione; tre di questi individui perdettero completamente il testicolo. [1] In ogni modo quando mai vi si volesse ricorrere, parmi che lo si dovrebbe serbare solo per quei casi, nei quali fu usato in principio, cioè quando il corpo del testicolo è affetto estesamente.

Altri numerosi rimedj topici furono consigliati da molti per la cura dell'epididimite blennorragica; non uno però merita particolare menzione. Le unzioni di unguento mercuriale sullo scroto, riescono a diminuire il dolore ma facilmente destano salivazione; le si possono adoperare cautamente quando sono cessati i sintomi acuti lasciando un ingorgo cronico dell'epididimo. Si suggerì anche l'applicazione del cloroformio; ma prima che si arrivi al punto del giovamento, si trova invece che il dolore è accresciuto e insopportabile o quasi.

La cura attiva colle sanguisughe e i purganti consigliata più addietro nel periodo acuto dell'epididimite, ha in sè i migliori mezzi profilattici che si abbiano fra le mani a prevenire l'indurimento

[1] Bulletin de Thérapeutique, tomo IV, p. 549.

che può tener dietro all'epididimite. Una volta scoperto questo indurimento però, quanto più presto vi si lavora intorno è meglio, poichè le probabilità di buona riuscita sono di certo maggiori allorquando il materiale plastico non è del tutto organizzato. Se l'epididimo indurito è tuttora sensibile alla pressione in modo insolito, gioverà l'applicazione di qualche sanguisuga lungo il cordone, ripetuta varie volte col frattempo di pochi giorni. Si faccia qualche unzione mercuriale sullo scroto mattina e sera; non si dimetta mai il sospensorio, e si mantenga libero il ventre. Può tornare assai utile anche il ioduro di potassio preso internamente, in quanto ha un'azione così possente nel risolvere i prodotti dell'infiammazione in genere.

Non si saprebbe dire fin dove possano arrivare le nostre speranze di successo nella cura di epididimiti blennorragiche di vecchia data. Dai casi di Gosselin si deduce che possono scomparire dopo aver durato qualche mese; o non è improbabile che la cura abbia a riuscire anche in epididimiti più vecchie.

Quando sono affetti ambidue gli epididimi, si deve fare ogni tentativo per guarirli, specialmente se il malato è giovine e intende prender moglie. È argomento non poco serio, dire, se il medico debba informare un tale individuo dell'impotenza che segue questa malattia; dacchè una tale notizia può agire in modo miserando sulla mente della sventurato.

Aggiunta di A. Ricordi. — Richiamare alla terapia dell'orchite blennoragica un rimedio la cui virtù fu sconosciuta da uomini eminentissimi, parrebbe temerità se, ritornando all'argomento, non si presentasse di nuovo alla scienza questo mezzo dell'arte rivendicandolo a lei con numerosissimi fatti la cui guarigione, pronta, costante e duratura, a lui sola fu dovuta. Seneca ci lasciò scritto... qui alium sequitur nihil invenit, imo nec quærit. — Se tutti i pratici avessero creduto all'anatema lanciato dall'Accademia di Medicina Francese sul collodio, questo prezioso medicamento sarebbe stato forse per sempre cancellato dalla terapia dell'orchite blennorragica, esso che come si vedrà più avanti, tutta la rappresenta.

È sul collodio, che desidero intrattenere essendone io pienamente giustificato dall'appoggio di più d'ottocento casi ne' quali

ebbe un'esito felicissimo. E tanto più volontieri ritorno all'argomento essendo che nessuno dopo il Bonnafont fuori d'Italia, per quanto io mi sappia, ha esperito il collodio nell' affezione blennorragica del testicolo, nessuno s'è provato di riabilitarlo. I moderni trattatisti di malattie veneree, fiduciosi nel giudizio dell'Accademia Medica di Parigi accennano appena a questo mezzo terapeutico, o tradizionalmente lo condannano in nome di Ricord, Velpeau, Robert, Puche, Richet e Venot.

Terrò adunque parola sulla storia di questo rimedio, solo riguardo alla sua applicazione nell'orchite blennoragica, ed esporrò i buoni successi ch'ebbe nel nostro Grande Ospedale da otto anni. Dopo averne data la formola, cercherò di descrivere accuratamente il modo nel quale si deve applicare, e tutte quelle circostanze che sebbene di poco momento concorrono alla buona riuscita della cura, ma che ignorate possono menomarla, e rendere diffidenti coloro che per la prima volta impiegano questo preparato.

Il Lange di Koenigsberg fino dal 1853 riferiva nella Deutsche Klinik, alcuni vantaggiosi sperimenti da lui fatti col collodio in varie affezioni esterne, e lodavasi molto dell'applicazione di questo topico nella cura di cinque orchiti blennorragiche. Egli fu il primo, e poco tempo dopo di lui il Costes inseriva nel giornale di Medicina di Bordeaux una nota nella quale asseriva di aver conseguiti soddisfacentissimi risultati coll'impiego del collodio, pure nell'orchite blennorragica, e lasciava lusinga che questo metodo avrebbe coronato di felice successo le sue ulteriori applicazioni. Il Bonnafont inspirato dai buoni esiti ottenuti da Robert, Latour e Blache per l'applicazione di questo agente sulle flemmasie cutanee, ed in particolare sulle risipole delle mammelle, nè immemore della innovazione del Lange e del Costes, ne faceva felici e numerosi sperimenti. Nessuno ignora come questo ingegnoso medico militare leggesse una Memoria all'Accademia di Medicina di Parigi nella seduta del 2 maggio 1854, nella quale dietro una pratica estesa a 55 malati con esito vantaggioso, diceva il collodio, il mezzo dotato delle più energiche proprietà a combattere gli ingorghi del testicolo e de' suoi inviluppi, assicurando che la sua efficacia curativa è in ragione inversa dell'antichità della malattia, e che in nessun caso della sua applicazione erano insorti accidenti, per quanto lievi, da doversi combattere (Bulletin de l'Accademie de Medicine,

1854 L. XIX, pag. 584). Il Bonnafont sosteneva col calore di chi ha la coscienza della verità, la sua tesi; ma in quell'illustre convegno scientifico trovò uomini eminenti nella specialità chirurgica e sifilografica che di conserto gli si spiegarono contro con una viva opposizione; Ricord, Velpeau, Robort, e Puche. Istituirono essi esperimenti, a dir vero non molto numerosi ma che ebbero un successo sfortunato, senza alcuna eccezione. Conchiusero che il collodio ha dato luogo in molti de' loro malati, a dolori eccessivi e continuati per molto tempo, che la durata della malattia era per lo meno da 15 a 20 giorni come avviene nel trattamento ordinario, che il collodio ben lungi dall'avore raggiunto gli effetti portentosi attribuitigli dal Bonnafont, ora causa di inconvenienti maggiori di quelli che il fossero i vantaggi. (Gazz. Med. 1854 p. 287). Abbenchè il Bonnafont riprendesse la difesa del suo tema, o lo convalidasse colla forza di nuovi fatti, in un'articolo inserito nella Gazotte des Hôpitaux, persistotte cionullameno inalterata la vertenza sulle proprietà terapeutiche del collodio nell' orchite da blennorragia.

All'epoca istessa nella qualo l'Accademia Medica di Parigi non credeva di sancire colla sua autorità la brillante innovazione del Bonnafont, il Portusio di Torino si affrettava a comunicare un caso di applicazione vantagiosissima di collodio nella cura dell'orchite, all' Accademia Medico-Chirurgica di Torino nella seduta del 26 maggio 1854 (Giorn. della R. Accad. med.-chir. di Torino 1854 N. 12) Gli scoraggianti confronti dei risultati ottenuti dal Ricord, Velpeau, Robert e Puche, appotto di quelli del Bonnafont, o la sorprendente divergenza delle opinioni, impegnarono il collega subalpino, non intimidito dal giudizio di quei dotti, a conoscerne praticamente il valore. Dopo la comunicazione di questo fatto, il Pertusio istituiva un'altro esperimento col collodio, coronato esso pure dal migliore successo. Erano i primi due fatti di tal genere, resi di pubblica ragione in Italia, e sebbene venissero in appoggio al Bonnafont, pure erano ben lungi pel loro numero, di risolvere la questione, che fu riassunta in esame e studiata senza prevenzione di sorta, ma col solo lume dell'esperienza, nel nostro Maggiore Ospedale. Il Dott. Cavaleri che nel 1856 dirigeva la sala dei Venerei, pubblicava negli Annali Universali di Medicina, fasc. di luglio 1856, quattordici casi pratici di applicazione dol collodio,

per la cura dell'orchite blennorragica. A dir vero, questi sperimenti del Cavaleri, probabilmente per il solo difetto nell'applicazione del rimedio, non riescirono tutti a bene, e certamente chi legge le deduzioni che chiudono la sua Memoria, non trova di appoggiare la proprietà di questo rimedio, poichè vi è detto cho se non si ottiene la cessasione della flogosi del testicolo nei primi sei, od otto giorni, è cosa conveniente ricorrere ai mezzi ordinarj già conosciuti. Inoltre il Cavaleri stabiliva che la cura col collodio nell'orchite, era contr'indicata dalla infiammazione interessante il rispettivo cordone spermatico. Pare anzi che il Cavaleri si appagasse di questi suoi pochi sperimenti, e che il loro esito non l'abbia invitato a tentarne dei nuovi, poichè nel 1857 epoca nella quale il Dr. Lossetti assumeva la direzione della divisione Veneroi, l'orchite era di nuovo trattata coll'ordinario metodo antiflogistico.

Il Dr. Lossetti posto allora a capo d'un comparto, ove certamente le orchiti blennorragiche non mancano, memore della tanta dissonanza di pareri avuta da successi così svariati e manifestamente contradditorj, volle egli pure rompere una lancia pel ritrovato del Bonnafont, ed essere in grado di daro un giudizio proprio che infatti ottenne da lunga ed illuminata pratica. Egli guadagnò al collodio una delle ultime battaglie, avendo consegnata negli Annali Universali di Medicina 1857, fasc. febbrajo, una nota interessantissima nella quale dimostrava praticamonte con 64 casi, che l'affezione blennorragica del testicolo guarisce solamente coll'impiego del nuovo ritrovato. Egli ha ben meritato della scienza, poichè ha saputo togliere tanto dubbiezze che esistevano sul tergiversato argomento, essendo riescito a ciò, istituendo un esatto o coscenzioso parallelo clinico tra il risultato somministrato dalla cura dell'orchite col collodio, in confronto con quello ottenuto cogli ordinarj mezzi terapeutici. Egli aumentò il numero delle applicazioni del modicamento da una, due, tre, ed in casi eccezionali perfino di quattro (como era in uso prima di lui, lasciando tra l'una e l'altra l'intervallo di quei giorni che necessitavano per lo spontaneo distacco dell'indumonto collodico), al numero di dieci. Noi vedremo però più avanti como questo numero possa essere con gran profitto elevato ad uno molto maggioro.

Il collodio che si impiega per la cura dell'orchite, non deve essere puro; agirebbe troppo bruscamente coartando lo scroto ed

il testicolo, ed essiccando costituirebbe una intonacatura soverchiamente aspra e resistente. A togliere questi inconvenienti il Costes suggeriva saggiamente di unirvi una piccola dose di olio di semi di ricino; a 20 parti di collodio ne addizionava 6 di olio: il Bonnafont invece sopra 31 del primo ne metteva una del secondo. Il Lossetti da ultimo assicurava che la miscela che meglio gli corrispose allo intento, era quella da lui modificata in 24 parti di collodio ed una d'olio di ricino. La formola adottata ora nel nostro comparto dei Venerei, e che io ho sempre impiegata con vantaggio è la seguente:

Collodio puro grammi 1000.
Olio di semi di ricino grammi 30.
M.

L'addizione di questa sostanza oleosa densa, tempera le proprietà del collodio puro, fa in modo ch'esso non aderisca troppo tenacemente alla cute, e costituisce un'indumento scrotale elastico, e friabile, sulle quali condizioni si deve calcolare non poco, onde disgiungerlo quotidianamente dalla superficie alla quale venne applicato, come dirò più avanti.

Il fulmi-cotone che meglio conviene secondo il Bonnafont, quale migliore per la preparazione del collodio, è quello ottenuto coll'infusione del cotone cardato nella mescolanza di acido solforico e nitrato di potassa.

Il collodio preparato nel modo sucposto ha la consistenza d'uno sciroppo, pesa 240 gradi dell'areometro centesimale. Se è meno denso, che quindi in lui prevale la parte eterea, dà una maggior sensazione di bruciore e l'applicazione è più lunga in quanto per costituire una pellicola dello spessore voluto, fa duopo ripeterla più volte. Se è più denso, non si può distribuirlo bene sulla parte malata, ed essendo proporzionatamente meno ricco di etere, non seguirebbe, per quanto si vuole, l'azione refrigerante dovuta alla sua volatilizzazione.

Il collodio si applica allo scroto ed anche alla regione inguinale secondo che è ammalato il solo testicolo, oppure quest'organo ed il cordone spermatico. La sua dose per ciascuna medicazione è di circa 40 grammi, e la si versa al momento in un bicchiere

comune che si fà tenere da un'assistente. Onde distribuirla equabilmente, si fa uso di un pennello di mediocre grossezza fatto con lunghe e sottili setole, o meglio con un mazzetto di filaticcio regolato impiantato sopra un'asticina di legno. Il malato deve essere coricato supino colle natiche rialzate, colle cosce flesse sul bacino e divaricate, e tenere il pene stirandolo leggiermente verso l'inguine opposto al lato dello scroto sul quale si vuol far agire il medicamento; in tal modo resta affatto libera, alla manualità che verrò a dire la parte ammalata.

Un'operazione indispensabile, che deve precedere l'intonacatura collodica, è la rasura dei peli della parte di pube che corrisponde al testicolo o funicolo ammalato, dello scroto per più di metà, della piegatura genito-crurale, e del perineo. Bisogna aver massima cura di non ferire in questa operazione la cute, altrimenti l'azione del collodio sulla soluzione di continuità benchè piccola riesce dolorosissima ed anche insopportabile, specialmente se ripetuta in varj punti. S'avvisarono alcuni di riparare all'inconveniente di ferire la cute, col bagnare lo scroto di alcool, ed appiccarvi il fuoco onde consumare i peli; senza che io muova parola, ognuno vedrà di leggieri come questo motodo sia condannabile: ho constatato una volta i suoi effetti in un malato che presentavasi nel nostro comparto con risipola flemmonosa e larghe escare da scottatura, allo scroto: così quel povero infelice, oltre un'orchite di mediocre gravezza, fu sopracaricato di una grave lesione, la quale impedì per soprapiù che egli si giovasse del pronto e benefico effetto del collodio. Si deve adunque osservare diligentemente se sulla superficie da medicare fossero accadute delle piccole ferite o se indipendentemente del rasojo esistessero, come succede non infrequentemente, delle abrasioni. Questi accidenti non controindicano per nulla l'applicazione del collodio; si può riparare all'inconveniente suenunciato col proteggere le piccole scontinuità con pezzettini di cerotto adesivo. Il taffetà non corrisponde bene all'uopo, giacchè essendo intonacato di sostanze gommose, essiccando indurisce, e non segue lo scroto che si riduce per l'azione del rimedio. Mi son fermato su queste particolarità che sembrano a tutta prima di poco conto, ma la loro trascuranza è stata probabilmente una delle cause di quei dolori atroci e prolungati de' quali parlano il Puche, il Ricord, ed altri che esperirono il collodio.

Indipendentemente però delle piccole ferite od abrasioni, il collodio desta sempro un senso di brnciore più o men vivo che in parte si può correggere, velando leggiermente con un dito intriso nell'olio d'olivo, le parti sulle quali si dovrà farlo agire; si può però anche intralasciare questa precauzione, senza che perciò ne derivano dogli sconci.

Saputo tutte queste particolarità e disposto como dissi il malato, si procede nel modo che seguo: intriso il pennello nella dose di collodio già preparata, lo si porta immediatamente sullo scroto alla radice del pene, poi girandolo prestamente sotto e sopra si spalma tutta la parte di scroto che corrisponde al testicolo ammalato, oltrepassandone anche la metà. Si replica questa manovra umettando tre, quattro volte di nuovo il pennello, in modo da lasciare una abbondante intonacatura. Bisogna cho l'azione di questo rimedio, onde essere vantaggiosa sia uniforme su tutta la superficie, e si effettui rapidamente. So lo si applica con lentezza, o qua e là, lo scroto si increspa e si coarta parzialmente, e non raggiungesi lo scopo. Volendo far agiro il rimedio anche all'inguine, non si fa altro che portar poi in quella località il pennello, e strisciarvi sopra quattro o cinque volte comprendendo anche un poco della cute del ventre e della coscia. Terminata questa specie di inverniciatura si aspetta che l'intonaco asciughi da sè, formando una pellicola bianco-opalina pellucida: si può accelerarne l'essicamento col mezzo d'un ventaglio. Allora si sostiene lo scroto con un sospensorio di tela, o colla applicazione di un cuscinetto fra le cosce: il malato deve conservaro possibilmente la posizione supina.

Il numero delle applicazioni di collodio nei casi ordinarj è di tre al giorno, una alla mattina, l'altra a mezzo giorno, la terza alla sera; e si ripetono sempre nel modo che ho indicato per la prima, in qualche caso eccezionale però questo numero può essere aumentato con vantaggio.

La prima medicazione riesce sempre incomoda: gli ammalati accusano una sensazione di bruciore più o men vivo, che dura pochi minuti, fino all'essicamento dell'intonaco collodico: è un dolore però moderato, sopportabile, transitorio e che non si fa mai intenso od eccessivo, so non nel caso di soluzioni di continuità, che del resto si possono benissimo prevedere e ripararo col mezzo già indicato, in modo da mettere il malato nella condizione d'ogni

altro. Desidererei che non si desse a questa sensazione una importanza maggiore di quel che si dovrebbe, e non si intimidisse, o dissuadesse per ciò dell'uso del collodio: si rifletta che essa si manifesta principalmente alla prima applicaziono, e decresce notabilmente o si fa nulla nelle successive, e cho ricorrendo ai mezzi ordinarj antiflogistici, l'impiego ripetuto di abbondanti sanguisugi non è certamento meno molesto, e che in taluni casi le ferite degli anellidi suppurano, e danno lnogo alla risipola flemmonosa dello scroto ed anche alla gangrena: questi accidenti non gli ho mai notati come conseguenze dell'applicazione collodica, e qnesto significa già un gran vantaggio; non parlo poi degli altri metodi torapentici adoperati contro l'orchite blennorragica, i quali se raggiungono lo scopo, hanno pnr essi sebbene di raro, dei gravi inconvenienti, e non sono applicabili in tutti i casi, come il collodio.

Di raro la sensazione dolorosa si prolunga a mezz'ora ed è attribuibile in questi casi (ammetto che la cute dello scroto sia intatta) alla sensibilità e suscettività individuale più pronunciata.

Un'altra sensazione subitanea, ma non ingrata e che precede la prima, è d'una rapida diminnzione di calorico, per l'evaporazione dell'etere, e che dura quasi tutto il tempo dell'operazione. Unitamente a questi due effetti del collodio, si manifesta la corrugazione della cute scrotale, che se l'applicazione è ben eseguita, anmenta gradatamonte e cessa sol quando l'intonaco è perfettamente essiccato.

Il collodio spalmato sulla superficie scrotale presentato ad una estesa superficie, si agglutina a poco a poco; da trasparente si fa pelIucido, assume una tinta opalina e si solidifica in una borsa resistente, elastica, che aderisce moderatamente alla cute e si prolunga con piccoli sepimenti nelle rughe dello scroto. In tal modo il testicolo resta incarcerato ed equabilmente compresso dalla camicia formata dal collodio. Al momento della coartazione dello scroto, l'ammalato avverte un senso di costrizione graduata, che svanisce poi a poco a poco.

Tutte queste sensazioni scemano nelle due altre applicazioni che si fanno nello ventiquattro ore.

Ma veniamo ora a conoscere d'avvicino il pregio terapeutico di questo medicamento la di cui virtù fu tanto contrastata. In tutte le varietà dell'orchite blennorragica, il dolore assai vivo conti-

nuo, esacerbante, e che si irradia alle cosce, alle reni ed al cordone, diminuisce prontamente e notabilmente: questo vantaggioso effetto dura poche ore, e lo si ricupera colla seconda applicazione, ed a sua volta l'ultima, che si fa di sera, lo mantiene per maggior tempo. Anche il tumore del testicolo si riduce più o meno a seconda degli elementi della ghiandola che vengon presi: nell'epididimite, la diminuzione del volume è molto più appariscente che nelle altre varietà e specialmente se si incontra in individui i quali abbiano il varicocele, oppure l'epididimo al davanti del testicolo. In quest'ultimo caso si può seguire con tutto l'agio il giornaliero decremento di quest'organo; sempre inteso però che la malattia sia in attualità di processo flogistico; se questo è sul declinare, oppure se vi sono già gli esiti di induramento, in allora il tumore sminuisce a poco a poco, e non si può accorgersene che dopo qualche giorno. E qui sorge spontanea sulle labbra di tutti una domanda alla quale io, risponderò a seconda della mia credenza: come succede che mentre lo sbrigliamento col metodo del Velpeau e del Vidal, calma prontamente il dolore, i sintomi infiammatorj e diminuisce l'ingorgo (appunto perchè evacua il siero sanguinolento raccoltosi in grembo alla vaginale, o perchè toglie lo strozzamento dell'albuginea) anche l'involucro collodico il quale agisce per lo contrario in senso opposto, senza le lesioni di continuità, ed i pericoli dell'altro metodo, raggiunge il medesimo fine? Il collodio ha un duplice effetto, fisico e meccanico: intanto è certo che la rapida e generosa sottrazione di calorico sopra una parte flogosata, apporta per qualche tempo un sollievo ai crucci del malato; subentra immediatamente poi l'azione meccanica la quale comprime equabilmente e graduatamente il tumore, impedisce un maggior afflusso di sangue alla parte, impedisce che si continui la formazione dei prodotti flogistici, dei quali anzi in seguito ne attiva mirabilmento l'assorbimento, da ultimo ristabilisce l'equilibrio tra gli elementi contenuti, ed i loro involucri; insomma si giugula rapidamente il processo infiammatorio. Di questo son sicuro per lunga esperienza: ho sempre veduto decrescere i fenomeni flogistici in ragione diretta delle applicazioni di collodio. Del resto ammessa anche qualche altra azione, che io non saprei trovare, il fatto è certo, che dopo un'abbondanto inverniciatura collodica l'ammalato si trova meglio

di prima, o per esprimermi più esattamente fino a che gli incomodi per la sua applicazione (che d' altronde tranno che in casi eccezionali duran poco) sono cessati.

Trovo utile il far notare quì una circostanza che potrebbe causare degli inconvenienti, qualora le si trovando a fronte, non si conoscesse il modo col quale regolarsi. Nell' orchite con diffusione del processo diviso al funicolo spermatico in modo da renderlo voluminoso e dolentissimo, il collodio deve essere apposto non solo allo scroto ma bensì, generosamente e contemporaneamente sul tumore inguinale non solo, ma alla cute circostante per un certo tratto: non praticando in tal modo, ma limitandosi alla sola spalmatura scrotale non è difficile il vedere aumentare il dolore al funicolo spermatico.

Nell'orchite intrainguinale, oppure nella infiammazione del solo cordone (ciò che solo può avvenire quando il testicolo corrispondente è atrofico od imperfettamente sviluppato) che io forse pel primo osservai ed ho designato col nome di funicolite blennorragica, l'intonaco di collodio deve essere limitato alla regione inguinale; e bisogna confessare che quei casi in cui il collodio deve agire solamente sopra parte di superficie del tumore, come appunto nei casi notati, il suo effetto è un poco minore di quello che sia pel testicolo blennorragico, il quale può essere quasi su tutta la sua periferia influenzato dal medicamento. A questa mancanza adunque si dovrà sopperire, coll'abbondare nella dose di collodio e nel numero di sua applicazione, secondo che le condizioni il richieggono.

Ogni giorno, alla mattina il malato, da sè, deve togliere la pellicola collodica che risulta dalle tre applicazioni del giorno prima, la quale per la diminuzione di volume del tumore si è allentata. Quest'operazione riesce sempre bene impiegando un poco di pazienza, ed avendo cura di non stirare rozzamente i lembi dell'intonaco onde non produrre decorticazioni: è facilitata inoltre dalla condizione del testicolo, e dello scroto che corrugato in vari punti lo stacca da sè. Se in qualche punto dei piccoli rimasugli fossero tanto aderenti da cagionar dolore nei tentativi di rimuoverli, converrà lasciarli in posto, essendo che l'azione dell'etere contenuto nel collodio che verrà applicato li ammolisce o li scioglie in modo che entrano a far parte del nuovo involucro. La superficie interna delle falde che vengono levate presenta tanti piccoli rialzi che corrispondono perfettamente allo anfrattuosità della pelle dello scroto.

Liberata dall'involucro la parte ammalata, si ritorna di bel nuovo sempre nel modo che ho indicato, alla applicazione del collodio, che si ripete altre due volte nella giornata. L'edema scrotale che qnalche fiata raggiunge anche lo spessore di due o più centimetri, e la risipola dello scroto che concomita talvolta l'orchite, e che sembrerebbe controindicare la medicazione, sono i due accidenti che scompajono pei primi.

Anche la raccolta sierosa (idrocele acuto) viene riassorbita ordinariamente nelle prime 36 o 48 ore: per tal modo la cute scrotale che dapprima era calda, rossa, liscia e lucente, perde in temperatura e si increspa. Non è nemmeno controindicata la medicazione collodica, nei casi che occorrono fortunatamente di raro, di risipola flemmonosa dello scroto per irradiazione della flogosi del testicolo, quando la cute assume un colorito rosso scuro con qualche macchia livida che accenna a pericolo di prossima gangrena, principalmente per la soverchia distensione alla quale è obbligata dal crescere del testicolo. L'abassamento di temperatura che vi si produce, e più di tutto la coartazione dello scroto, la sua impedita distensione per la riduzione del testicolo e la conseguente riduzione sua propria, fanno in modo che si arresta e si dissipa la condizione esterna, cutanea del tumore. Se la gangrena si fosse già manifestata, il collodio non solo sarebbe iusufficiente, ma dannosissimo: è d'uopo in allora valersi degli altri soccorsi che insegna la terapia.

Il tumore costituito dal testicolo ammalato od anche dal cordone spermatico si riduce prestamente dopo le prime dieci o dodici spalmature; in seguito di mano in mano che scompare la condizione flogistica (a seconda della gravità della malattia e del tempo di durata antecedente alla prima medicazione) offre al tatto l'esito di indurimento che risiede maggiormente alla coda dell'epididimo, il quale anch'esso alla sua volta va scomparendo, ma più lentamente. Se l'orchite aveva sviluppati fenomeni di generale reazione, diminuiscono a poco a poco per cessare al secondo giorno, a meno che la loro gravità non obblighi a coadjuvare la cura locale con una sottrazione generale. Sono però casi assai rari.

La durata media dell'orchite blennorragica trattata col metodo che esposi è di 7 giorni, il che significa un gran vantaggio sulle altre medicazioni conoscinte fino ad ora. Ne deriva che la media del numero delle medicazioni è di vent'una per ciascun malato: il

numero minore è di 9 ed il maggiore di 30 all'incirca. Mentre invece nei sette casi riferiti dal Velpeau la durata minore della cura fu di giorni 11, la maggiore di giorni 27, la media fu di oltre i 18. La durata media osservata da Pucho fu dai 18 ai 20 giorni.

Ma questa speciale terapia che fu riprovata perchè giudicata viziosa ed infedele, tiene essa a particolari circostanze, onde riescire a bene non solo, ma ottenere un così fortunato successo? Si può essa paragonare ad alcuni metodi chirurgici i quali abbenchè rifiutati da molti, possono divenire utili nelle mani esercitate d'un abile operatore per la difficoltà che presentano nella esecuzione? Io credo di respingere questo dubbio notando la circostanza che nel nostro comparto dei Venerei, l'inverniciatura col collodio è affidata ad un diligente infermiere, al quale si insegnò la semplicissima manualità: e nella pratica privata ho veduto che il malato stesso o chi ha cura di lui, dopo che gli vengono fatte dal medico, due o tre applicazioni, impara ed eseguisce benissimo la medicazione.

Io non ho stimato cosa utile e necessaria di convalidare questo mio scritto con un prospetto clinico il quale, particolareggiando addimostrasse tutti i dati valevoli a dare un'idea d' ogni singolo caso; il lavoro sarebbe stato inevitabilmente lungo e nojoso, giacchè avrei dovuto esporne più di 300 che io stesso ho osservato, non contando poi gli altri assai numerosi del Lossetti, che non vennero pubblicati, ma de' quali si conservano le annotazioni sulle cedole deposte nell' Archivio della Direzione del nostro Spedale. Io ho stimato miglior partito, raggiungere l'intento, ingenerando la convinzione dell' uso del collodio nelle orchiti blennorragiche, descrivendo il meglio che ho saputo, il modo di sua applicazione, le sensazioni che esso produce sul malato, ed i suoi effetti terapeutici, facendo di pubblica ragione il frutto di una lunga osservazione.

L'indurimento postumo dell'orchite blennorragica sta in ragione diretta colla gravezza della malattia e colla sua durata. Se il malato cerca per tempo i soccorsi dell'arte, il collodio generalmente parlando benchè l'affezione sia grave, riesce a far riassorbire il prodotto della flogosi ed a ridurre il testicolo nello stato primiero: anzi il Lossetti assicura che sempre da solo raggiunge questo intento. Mi pare però che tale asserzione sia un poco spinta. Se

l'epididimo od il cordone spermatico erano presi già da qualche tempo, tanto più se con qualche gravezza e che l' ammalato si presenta quando l'affezione è già sul declinare, le applicazioni collodiche da sole, a meno che continuate per molti giorni, non giungono a far svanire completamente l'indurimento la loro efficacia sta in ragione diretta della antichità della malattia.

Questo non vuol dire che il collodio non abbia ad essere preferito agli altri mezzi curativi che si conoscono: esso fa cessare indubitatamente, ed in minor spazio di tempo la condizione prettamente flogistica, che è quello alla quale si rivolge precipuamente la terapia, ed è quella che angustia il malato; l'indurimento postumo, si verifica poi, e forse più frequentemente, colla terapia antiflogistica, a preferenza che col collodio il quale fin dalla sua prima applicazione non solo arresta il processo morboso, ma per la sua azione coercitiva promuove l'assorbimento degli essudati. Ad ogni modo è certo che il collodio da solo può far scomparire anche in minor tempo il postumo della affezione, di quello che coi solventi ordinarj. Però è miglior partito, nei casi di esteso indurimento che resiste alle solite applicazioni collodiche, ricorrere a giorni alterni a queste stesse ed alle frizioni locali di pomate iodurate o mercuriali colla cicuta, ed amministrare internamente il ioduro di sodio a dosi crescenti.

La medicazione collodica non presenta alcuno inconveniente: questa proposizione che parve forse troppo avventata nella bocca del Bonnafont è veridica e trova la conferma nel fatto: non insorgono nella sua applicazione inconvenienti o fenomeni per quanto lievi, da doversi combattere.

L' unica avvertenza, necessaria da ricordare, che debbesi avere nell'applicazione del collodio, è di allontanare i lumi dal luogo ove si sta attuando la medicazione, poichè con tutta facilità, l'etere evaporizzando può prender fuoco e comunicarlo alla parte ammalata. Al Lossetti occorse questo disgustoso accidente, una mattina piovigginosa ed oscura nella quale l' operazione venne eseguita al lume di un cerino: l'infermiere che lo portava, s'avvicinò di troppo ed il collodio divampò d'un tratto, e sebbene quell'incendio venisse tosto spento, il malato ne riportò una scottatura allo scroto, al perineo, ed alla piega genito-crurale. La superficie scottata, non però depidermizzata guarì in tre giorni con abbondanti pennella-

ture di collodio, e nel medesimo tempo si dissipò completamente anche l'orchite. Nella pratica privata d'un mio collega accadeva pochi mesi or sono l'ustione del collodio nel proprio recipiente, per la medesima causa. Si dovrà quindi raccomandare molta cautela a coloro che usano di questo preparato onde evitare degli sconci che possono intimidire il malato e distorlo dal continuare tal cura.

Diceva più addietro come la medicazione collodica rappresenti quasi in totalità la terapia della orchite; però in casi eccezionali e sommamente rari ne' quali la reazione generale fosse intensissima o che l' ammalato soffrisse moltissimo, il salasso generale gioverà a togliere questa complicazione e sollevare il malato: senza essere assolutista, ripeto che questo caso è sommamente raro. Del resto la medicazione concomitante, in tutti i casi dovrà essere costituita dal decubito, fino a che è cessata la condizione flogistica locale, da leggieri purgativi, se l'uso ne sarà richiesto da complicanze gastro-enteriche, da bevande carminative e refrigeranti, e da leggier dieta. Quando l'ammalato si leva dal letto dovrà essere provveduto d'un sospensorio di tela.

Terminata l' esposizione della terapia dell'orchite col collodio, riassumo questo mio scritto nella seguente conclusione: il collodio acconciamente impiegato guarisce le orchiti da blennorragia per quanto gravi o voluminose od antiche, risolve in via ordinaria gli indurimenti postumi del processo flogistico, e tanto il primo che il secondo effetto lo raggiunge in uno spazio di tempo evidentemente più breve di quello che i mezzi ordinarj: questa cura concomitata da un blando regime terapeutico, è vantaggiosa appetto dell'altra istituita con attivissimi antiflogistici ed eroici purgativi.

CAPITOLO SETTIMO

INFIAMMAZIONE DELLA PROSTATA.

PROSTATITE ACUTA.

Possono essere causa di prostatite acuta la violenza prodotta dalle sonde, dai cateteri, o dagli instrumenti litontriei; l'applicazione di caustici alle parti profonde dell' urctra, gli stringimenti uretrali, l'irritazione destata dalla presenza di .un calcolo in vescica, il coito smodato, l'abuso di purganti; ma la più frequente di tutte è la blennorragia uretrale.

La prostatite blennorragica deve la sua origine all' estendersi dell'infiammazione dalle pareti uretrali alla sostanza della ghiandola della prostata;[1] ciò succede quando il processo infiammatorio è giunto alle parti profonde del canale, onde è raro che la si veda durante le prime due settimane del decorso di una blennorragia uretrale; in ciò rassomiglia sotto molti rapporti alla sua congenere, l'epididimite blennorragica. Le cause accessorie della blennorragia, cioè le injezioni molto irritanti, la distensione forzata dell' uretra nell'introdurre una siringa, l'esercizio eccessivo, gli stimolanti alcoolici, il freddo e l'umido, la venere, possono anche essere causa di prostatite. V'hanno ragioni ancor meno quì che nell'epididimite, per credere che il copaive o il cubebe possano essere tra le cause determinanti, a meno che forse usati in dosi esagerate.

[1] Il processo flogistico dall'uretra si propaga alla prostata, od attraversando i diversi strati che lo separano dalla glandola; oppure giungendo ad essa dai condottini prostatici che s'aprono al contorno del verumontanum.

A. Ricordi.

I primi sintomi [1] della prostatite sono la voglia più del solito frequente di orinare, e un senso come di peso o un dolore ottuso al perineo. [2] Col progredire della malattia le voglie di orinare si fanno sempre più frequenti, la corrente diventa piccola, non la si può emettere che colla pressione prolungata ed è accompagnata da un forte senso di calore al collo della vescica; certe volte anzi non compajono a stento che poche gocce, o v'ha ritenzione completa di orina. Per lo più si ha costipazione, quantunque il malato sia sovente spinto a inutili tentativi, da un senso di distensione del retto; quando poi ha luogo la defecazione, essa è assai dolorosa. L'organismo partecipa alla malattia locale e si nota per lo più eccitamento febbrile. L'esplorazione della prostata per mezzo di un dito introdotto nel retto ci fa rilevare una sensibilità insolita e una tumefazione di quest'organo proporzionati alla gravezza della malattia; la sonda introdotta nell'urctra, giunta alla regione prostatica, [3] incontra nn ostacolo e vi desta un tal grado di sofferenza, che a stento vien tollerata dal malato.

[1] Allo sviluppo della prostatite, lo scolo diminuisce e talvolta scompare anche quasi affatto.

A. Ricordi.

[2] Se il processo flogistico ha preso i due lobi della prostata, la porzione di uretra che attraversa questa ghiandola, viene portata in avanti, in alto ed avvicinata alla faccia interna dell'arcata pnbica. Constatata coll'esplorazione rettale questa condizione, ed occorrendo di praticare il cateterismo onde penetrare in vescica, bisogna abbassare il padiglione della siringa. Se invece è preso un sol lobo, l'uretra prostatica è spinta dal lato opposto a quello malato, ed in tal caso bisognerà inclinare il padiglione verso il lobo ingrossato. Da questi soli criterj desunti dal cateterismo, si può dedurre quale dei due lobi prostatici sia malato, o se tutt'e due.

A. Ricordi.

[3] I primi sintomi della prostatite possono andar confusi con quelli della cistite: in ambedue i casi esiste difficoltà di orinare e dolore al perineo, se non che nella infiammazione della vescica v'è il tenesmo ed anche intenso, e più frequenti sono le chiamate ad orinare, invece nella prostatite non vi ha vero tenesmo e meno frequenti sono le voglie d'emettere l'orina. La cistite dà un dolore di cuociore intenso che si irridia al meato, mentre nell'altra predomina il senso di un dolore gravativo al perineo. Il diagnostico differenziale è fatto completo dal cateterismo, e coll'esplorazione del retto: nella cistite, l'introduzione del catetere trova difficoltà per il serrarsi del collo infiammato, e dell'ultima porzione dell'uretra su di esso,

La prostatite acuta può terminare colla suppurazione, e in qualche raro caso colla gangrena. Si citano esempj nei quali l'infiammazione si esteso al peritoneo, e terminarono colla morte da peritonite.

Di questi esiti, dopo la risoluzione, la suppurazione è la più frequente. La raccolta di materia non è sempre annunciata da sintomi chiari, ma la si può sospettare fortemente quando il paziente venga preso da ripetuti brividi seguiti da febbre e abbattimento, dopo di che la malattia si fa più grave per otto o dieci giorni. È per altro possibilissimo che si formi un ascesso senza il più piccolo segno che ce lo faccia sospettare. Se ne ebbe un caso poco tempo fa all'ospedale di S. Giorgio nel servizio del Dr. Pitman; un malato già affetto da blennorragia fu preso anche da prostatite la quale terminò colla suppurazione e la morte, senza che vi fosse stato alcun brivido, nè i soliti sintomi di ascesso prostatico. La necroscopia dimostrò un esteso ascesso tra la vescica e il retto; ascesso che non fu neppur sospettato durante la vita. [1]

L'ascesso si può formare tra il retto e la ghiandola, nella sostanza di quest' ultima o sulla sua superficie uretrale. Nei primi due casi, il dito introdotto nel retto può sentire nella region della prostata un tumore molle, fluttuante, tumore che si sente ancor meglio fissando la prostata con una sonda introdotta nell' uretra. È assai più difficile il diagnosticare un ascesso in vicinanza all'uretra poichè non abbiamo altri segni locali che la sporgenza nel lume dell'uretra, e l'ostacolo che si trova all'uscita dell'orina e all'introduzione di un catetere.

L'ascesso prostatico si rompe la maggior parte delle volte in un lato dell' uretra durante gli sforzi del paziente per espellere le orine o le feci; o viene perforato dalla punta di un qualche instrumento introdotto nell'uretra o per esplorare o per cateterizzare:

difficoltà che cessa dopo qualche tempo; quando vi ha prostatite il catetere trova bensì un ostacolo al suo procedere, ma questo cede subito ad una leggier spinta. L'esplorazione rettale avverte la tumefazione di uno o dei due lobi laterali della ghiandola: ciò che non si constata nell'infiammazione della vescica.

A. Ricordi.

[1] London Lancet, genn. 1851.

qualche volta si rompe nel retto, nella vescica, o nel tessuto cellulare della pelvi; o può stabilire una comunicazione tra la vescica e il retto e formare così una fistola urinaria; altre volte il fluido contenuto viene riassorbito e l'ascesso si circonda di una sorta di cisti la quale si riempie poi di una sostanza semisolida, rassomigliante a deposito tubercolare.

Cura. — Quando, durante il decorso di una blennorragia, si notano la voglia frequente di orinare e il dolore nel perineo, i quali sintomi indicano che l'infiammazione si estese alle vicinanze del collo della vescica, il medico dovrà tosto sospendere le injezioni astringenti, non che il copaive e il cubebe; e non badando per un certo tempo allo scolo uretrale, dovrà occuparsi della seria malattia sopraggiunta. Bisognerà ottenere il riposo e la quiete assoluta. Se i sintomi sono gravi si applichino al perineo da sei a dodici sanguisughe, facendo tener dietro un bagno locale caldissimo, da ripetersi varie volte nelle ventiquattro ore; e questo gioverà moltissimo. Alcuni autori consigliano di applicare le sanguisughe alla parete anteriore del retto, vicino alla ghiandola infiammata, facendo uso per ciò di uno speculum dell'ano. Negli intervalli fra un bagno e l'altro, si metteranno sul perineo dei cataplasmi o dei fomenti caldi.

Internamente si ricorre a quei rimedj che esercitano un'azione benefica sull'infiammazione del collo della vescica e sue vicinanze e che rendono l'orina più diluita e più mite ne' suoi caratteri; per esempio, i sali di potassa e di soda. Sarebbe assai conveniente nel caso attuale, la formola che già abbiamo data parlando dell'uretrite blennorragica maschile e che contiene mucilagine, bicarbonato di potassa e josciamo. La dieta sia assai limitata; bevande mucilaginose, latte, sostanze farinacee, almeno nei primi momenti della malattia; più innanzi, quando si è determinata la suppurazione, le nostre cure devono essere maggiormente dirette a sostenere le forze del paziente con un regime nutriente e se fa d'uopo anche coi tonici. Se il sonno è disturbato si dà una polvere del Dover alla sera.

Il sigr. Adams raccomanda assai i clisteri caldi di acqua semplice o di decotto d'orzo dati alla sera; egli dice che sono di gran

sollievo al paziente, e che agiscono come fomenti sulla ghiandola malata. [1]

La completa ritenzione di orina, bisogna rimediarla vuotando la vescica con nn catetere. Quando si formò nn ascesso, e il dito introdotto nel retto sente nna distinta fluttuazione, si pnò praticarne la puntura attraverso la pareto dell' intestino; oppure quando la raccolta è molto prominente nell'uretra, la si può vuotare qualche volta, introducendo una sonda conica fino alla parte prostatica dell'uretra, nel mentre che un dito introdotto nel retto, preme il tumore contro la punta dell'instrumento. Questo mezzo però non va esente da pericolo, e non si dovrebbe mai praticare, a meno che i sintomi siano urgenti, e quando si sia quasi certi della presenza della raccolta in vicinanza all'uretra. [2]

PROSTATITE CRONICA.

L'affezione di cui abbiamo or ora parlato è quella forma di prostatite che più freqnentemente origina nella blennorragia e l' ac-

[1] Anatomy and Diseases of the Prostate, p. 41.

[2] L'incisione per l'ano espone quasi certamente l'ammalato od una fistola; l'emissione più razionale e quella da preferirsi perchè offre minori pericoli, è quella al perineo. Però gli strati apeneurotici e muscolari che chiudono l'apertura della piccola pelvi fanno in modo che l'ascesso protrude difficilmente da questa parte. L'anno scorso ebbi ad osservare un caso interessantissimo di prostatite del lato sinistro suppurata in 4 giorni dal suo primo manifestarsi. L'apertura dell'ascesso venne operata accidentalmente nel cateterismo, che fu sempre facile ne'giorni addietro; arrivato il becco della siringa in corrispondenza dell'uretra prostatica, incontrava un ostacolo nell'avanzare, e nella manovra per la sua completa introduzione, il padiglione deviò leggiermente a destra, ed innoltrò alcun poco; allora un vero fiotto di pus flemmonoso misto a sangue, uscì dall'orifizio del catetere. L'escita della marcia fu facilitata dalla compressione esercitata da un dito introdotto del retto, sopra il lobo suppurato. La quantità di pus evacuatosi fece supporre alla perfetta vuotatura dell'ascesso che si stimò capace d'una grossa noce. Due giorni dopo, e per l'infiltramento orinoso che non si potè scongiurare, avvegnachè fu impossibile pel primo -no l'introduzione della siringa, che penetrava nell'interno dell'ascesso -i fu modo di farle percorrere la giusta via, e per la raccolta mar-

compagna. La prostatite cronica invece, dipende più comunemente dall'onanismo, dagli eccessi venerei, dalla vita sedentaria; e quantunque non infrequente in individui che ebbero blennorragia, ha però assai meno a che fare con questa malattia che non la prostatica acuta.

La prostatite cronica fu confusa per molto tempo coll'irritazione e l'infiammazione del collo della vescica; non fu che dopo le belle descrizioni che ce ne diedero Adams, [1] Ledwich, [2] e più recentemente il Dr. Gross di Filadelfia, [3] che la si ritenne come una malattia distinta.

La prostatite cronica è più comune nei giovani, e specialmente in quelli che menano una vita sedentaria, o che sono sgraziate vittime della masturbazione; come pure in coloro che abusarono della venere sia coll'eccesso, sia cominciando in troppo giovane età.

Uno dei sintomi più salienti e che si trova più spesso in questa malattia, è lo scolo uretrale di un muco chiaro, trasparente, qualche volta torbido; esaminato al microscopio lo si trova composto di

1. Cristalli morfici d' acido urico, e di fosfati ammonio-magnesiaci.
2. Corpuscoli di muco.

ciosa, erasi manifestato a sinistra del rafe un tumoretto fluttuante che fu inciso per tre centimetri; uscì dalla ferita orina e pus. La siringa metallica introdotta preventivamente sentivasi allo scoperto per due centimetri. Prova questo caso come ad onta della spontanea apertura dell' ascesso nell' uretra, esso possa anche manifestarsi, in questa sfavorevole contingenza, anche al perineo ed obbligare il chirurgo alla controapertura in questa regione.

A. Ricordi.

[1] Anatomy and Diseases of the Prostate Gland. Londra 1853.

[2] Dublin Quarterly Journ., ag. 1857.

[3] North Am. Med.-Chir. Rev. lug. 1860. Il Dr. Gross descrive la prostatite cronica come malattia per lo addietro sconosciuta e la chiama spermatorrea; ma la sua descrizione corrisponde in quasi ogni dettaglio con quella dataci da Adams sotto la denominazione di prostatite da onanismo. L'accresciuta secrezione del fluido prostatico non è che un sintomo dell'irritazione o dell'infiammazione della ghiandola, onde si dovrebbe ritenere il nome di prostatite.

3. Dischi sanguigni.
4. Cellule epiteliari [1] con o senza qualche corpuscolo di pus.

Lo scolo può essere quasi costante, sufficiente per quantità a macchiare le biancherie; ma più spesso vien spinto fuori dall'uretra per la pressione nell'evacuare l'alvo, o non si fa paleso in altro modo. Molti ammalati lo suppongono costituito di seme; l'esame microscopico però ne rischiara la natura per la mancanza degli spermatozoi. Moltissimi casi di così detta spermatorrea, sono senza dubbio esempj di prostatite cronica.

Nella maggior parte dei casi, la frequenza dell'orinare è più o meno aumentata; la corrente dell'orina esce fuori senza spinta; le ultime gocce si emettono per stillicidio o si spingono fuori con sforzo; durante e dopo l'atto dell'orinare, l'uretra è sede di un dolore urente.

Si hanno dolori e sensazioni incomode al perineo, alle cosce; alla regione lombo-sacrale, v'ha sovente un considerevole grado di irritazione intorno all'ano accompagnata da emorroidi, da eczema, il tubo intestinale costipato, la defecazione difficile o dolorosa; l'introduzione di un instrumento in vescica è dolorosissima quando l'instrumento giunge alla regione prostatica; nell'esplorazione per anum si sente la ghiandola tumefatta, sensibile alla pressione, qualche volta indurita. Il malato è irritabile e abbattuto di morale; incapace di esercizio fisico o intellettuale; debole, con cefalea o dispepsia; tien conto dei sintomi, e l'osserva con tutta l'ansietà, s'immagina di perdere la memoria; di essere impotente, di essere infetto da sifilide, in breve diventa un ipocondriaco disperato.

Indipendentemente dall'azione che ha sul sistema nervoso, la prostatite cronica non è una malattia seria, quantunque la sia però ostinatissima. Non termina mai colla suppurazione o coll'ascesso, nè coll'ipertrofia cronica così comune nei vecchi.

Ledwich ebbe occasione di osservare, in due casi, la patologia di quest'affezione:— Una volta in un individuo di 18 anni, l'altra in uno di 30; ambidue erano esempj chiarissimi di tale malattia e morirono per tisi; la tisi però non aveva alcun nesso colla malattia dell'uretra. Il plesso prostato-vescicale era pieno, con molte delle bran-

[1] Ledwich, op. cit.

che varicose; la capsula aderiva intieramente alla superficie della prostata; la ghiandola di volume aumentato era molle al taglio, coi rami venosi grandi e aperti, dai quali colava il sangue. La membrana mucosa della faccia uretrale della ghiandola, rossa, molle, inspessita e villosa; i condotti visibili ad occhio nudo; l'uvula e il trigonum vesicæ, rosso e turgido, ma il resto della vescica sano. Cercai non senza ansietà, se mai vi fosse stato qualche deposito tubercolare, ma non potei trovarne alcuna traccia manifesta. I condotti seminali non presentavano alcuna alterazione di volume, anzi gli orifizj escretori non si poterono ritrovare che con molta fatica; le vescichette seminali erano piene e ingrossate, senz'altra forma insolita: nell'epididimo si osservarono tubercoli scrofolosi; i testicoli quantunque molli e piccoli, erano sani. —

Cura. — La maggior parte degl'individui affetti da prostatite cronica sono ammalati anche moralmente, onde ci presentano un assieme di sintomi fisici e morali; nè gli uni nè gli altri possono essere messi in dimenticanza nella cura. Non basta in questi casi il metter lì frettolosamente una prescrizione e abbandonare il malato dopo cinque minuti di conversazione. Si può essere sicuri che il paziente, vittima di sofferenze morali più che fisiche, da settimane o da mesi non ebbe più pace, ma andò sempre preoccupandosi profondamente del suo male, esagerando ogni minomo sintomo, scoraggiato pensando al futuro, e forse vagheggiando il suicidio. Innanzi tutto egli ha bisogno d'un amico cui confidare l'ansietà dell'animo suo, il che fatto, gli pare d'essersi allegerito d'un gran peso. Primo scopo del medico, sarà quindi quello di guadagnarsi la confidenza del suo malato, con un conversare amichevole ed assennato, concedendo orecchio benigno all'intima storia del povero ipocondriaco; incoraggiarlo col fargli capire ch'egli ha trovato un amico e un medico insieme, e menarlo così a poco a poco dal pieno scoraggiamento al vedere in modo più ragionevole, più elevato, la sua posizione e il suo avvenire.

Una delle cause di maggiore ansietà pel malato è questa, che egli crede che lo scolo viscido, trasparente che compare nello sforzo dell'emettere le feci o che si mescola all'ultime gocce d'orina, non sia altro che seme. Per lo più basta che il medico lo assicuri del

contrario, senza uno speciale esame, dacchè la spermatorrea diurna, senza qualche grado di azione spasmodica è rarissima; ad ogni modo volendo proprio togliere ogni benchè minimo dubbio, si ricorra al microscopio, ed esaminata una goccia dello scolo si faccia vedere al paziente che là dentro non ci sono spermatozoi.

In molti casi però, la prostatite cronica è in realtà complicata da emissioni seminali, che succedono alla notte con maggiore o minore frequenza. Bisogna allora osservare una certa regola nella distribuzione dei cibi; pranzare poco dopo mezzogiorno, ed astenersi dal mangiare o dal bevere alla sera; tenere una stanza da letto ben ventilata, scegliere un letto duro e con poche coperte, giacere su un lato piuttosto che sul dorso e alzarsi appena svegliato, poichè le emissioni seminali succedono per lo più durante la dormiveglia del mattino; astenersi dal tabacco di qualsiasi genere; esso accresce l'irritabilità generale del sistema nervoso non solo, ma pare abbia una diretta influenza sugli organi genitali rilasciandoli e favorendo così le perdite seminali. Si faccia in modo che il malato resti continuamente occupato onde distrarne la mente dal pensare al suo male; bisogna mantenere o favorire la salute generale con un regime dietetico semplice ma nutriente, e coll'esercizio giornaliero fuori di casa senza però arrivare alla stanchezza.

La spermatorrea non di rado è associata e in gran parte anche deriva da varicocele, da fimosi, da un prepuzio troppo lungo; togliendo queste condizioni con una operazione, si arriva spesso a guarire le polluzioni notturne. È naturale il supporre che ogni irritazione in questa località accresce l'eccitabilità dei genitali; supposizione confermata continuamente dalla pratica. Io conosco molti esempj nei quali la circoncisione o l' operazione del varicocele furono di grandissimo vantaggio nella cura della spermatorrea.

Faccio osservare questo fatto spesso ignorato da coloro che sono affetti da spermatorrea, e che si dovrebbe lor dire onde dissipare i loro tristi pensieri; che cioè le polluzioni notturne sono assai frequenti nei giovani, non ammogliati, dai quindici ai venticinque anni ed anche più tardi, e sono compatibili con uno stato di salute florida; il loro ripetersi una volta o due per settimana, non deve inquietare niente affatto, purchè il paziente non sia di abito già gracile, e non subisca gli effetti di altre cause debilitanti.

Dopo i venticinque anni, l'eccitabilità degli organi genitali diminuisce a poco a poco, e le polluzioni scemano in frequenza ed anche cessano affatto.

I ciarlatani fanno ogni possa per accumulare timori nell'animo di chi è soggetto a spermatorrea; il ciarlatano faccia il mestier suo a sua posta, ma il vero medico, l'uomo onesto e coscienzioso, dovrà invece fare il possibile per togliere questi esagerati timori della mente di cotali malati; anzi li potrà assicurare della guarigione senza ch'egli oltrepassi i limiti della verità, purchè il malato non abbia varcati i venticinque anni, purchè sia naturalmente di buona costituzione, purchè osservi le seguenti condizioni:

1.° Abbandonare assolutamente ogni abito , ogni occasione di abuso di sè stesso.

2.° Cessare dal preoccuparsi del suo male e darsi invece a qualche salutare occupazione fisica e morale.

Al tempo stesso però, bisogna dirgli di non aspettarsi una guarigione immediata e completa; che le polluzioni ritorneranno ancora per qualche tempo, ma che però si anderanno scemando di frequenza e che, perseverando rigorosamente nelle due condizioni accennate, alla fine si troverà guarito. Se si può persuaderlo a non dare molta importanza alle polluzioni, come ad inconveniente temporario e di leggiero significato, si può ritenersi assai vicini alla guarigione.

È impossibile per chi non è del mestiere, persuadersi del male che hanno fatto le molte opere popolari sulla masturbazione e sulle polluzioni involontarie; scritte la maggior parte da ciarlatani o da furbi con fini vilissimi, esagerando fuor della verità, inducono nel lettore precisamente quello stato particolare di mente, che finisce per sostenere questa malattia. Il più puro, il più irriprovevole tra i libri di questo genere che io conosca, fu scritto da un degno medico e filantropo, da poco tempo messo a capo di un Manicomio quì fra noi; non ne uscì però che una sola edizione perchè l'autore si convinse che qualunque trattato su questo argomento, anche il più riservato, non va esente da pericolo. Io sono contentissimo di poter confermare con una tanta autorità quanto ho detto sopra, che cioè le emissioni seminali nel giovane assai di rado hanno conseguenze deplorabili, purchè venga affatto dimessa l'abitudine dalla quale generalmente dipendono.

La coesistenza tanto frequente delle polluzioni involontarie colla prostatite cronica, e l'analogia della condizione mentale nei malati per l'una o per l'altra causa, richiedono nelle due malattie, il medesimo trattamento quanto all'intelletto; il perchè mi verrà scusato io credo, la digressione che ho fatta su questo argomento.

Oltre alle misure igieniche già indicate, molti casi di prostatite cronica richiedono l'amministrazione del ferro; la preparazione migliore è senza dubbio la tintura di cloruro di ferro in dose di venti gocce dopo il pasto. Mi corrispose bene anche la soluzione di stricnina nell'acido fosforico diluito: —

Stricnina centigrammi 5.
Acido fosforico diluito grammi 100.
M.
Un piccolo cucchiajo tre volte al giorno.

La grande proporzione di fibra muscolare, che entra per circa due terzi nella composizione della prostata, ci spiega il perchè le affezioni di questo organo siano assai poco influenzate da quei tali rimedj, per esempio l'iodio, che hanno un'azione così favorevole nelle cure di certi organi puramente ghiandolari.

L'infiammazione cronica della prostata, viene prolungata dalla costipazione intestinale o dagli sforzi che si richiedono quindi per l'evacuazione alvina; vi si rimedia coi lassativi e cogli enema; si eviti però l'aloe, che entra in tante preparazioni farmaceutiche che si adoperano in questi casi, l'aloe ha una tendenza assai nota a produrre congestione dei vasi emorroidali. Si amministreranno alla mattina dei catartici salini a piccole dosi; io però preferisco il clistere d'acqua fredda, preso immediatamente prima di evacuare l'alvo, il qual atto si compie allora senza premere e senza perdita di fluido prostatico. Nei casi complicati da goccetta, e quando non v'abbia infiammazione acuta, gioveranno anche le injezioni uretrali debolmente astringenti.

Come regola generale si lascino da parte le medicature locali, perchè necessariamente fanno sì che il malato si preoccupi del suo male. Però, quando l'esplorazione anale ci fa rilevare una esagerata sensibilità della prostata, gioveranno assai il sanguisugio ripetuto o i vescicanti al perineo. Il defunto Dr. J. C. Warren di

Boston, raccomandava assai in questi casi, l'uso della doccia fredda al perineo.

Solo nei casi estremi che resistettero ai metodi di cura meno energici, si può ricorrere alla cauterizzazione della porzione prostatica dell'uretra, ripetuta col frattempo di una settimana o dieci giorni.

L'amplesso esercitato con moderazione, modifica assai la morbosa irritabilità degli organi genitali; onde si consiglierà agli scapoli di prender moglie, qualora lo si possa.

CAPITOLO OTTAVO

INFIAMMAZIONE DELLA VESCICA.

La cistite è un'altra delle complicazioni della blennorragia, meno frequente però della prostatite; qualche volta è conseguente al propagarsi dell' infiammazione lungo la superficie mucosa continua, comune all'uretra e alla vescica. Si volle anche attribuirla in qualche raro caso allo scolo blennorragico retrocesso in vescica dove avrebbe destata un' infiammazione analoga a quella delle pareti uretrali. Negli Archives Générales de Médecine [1] si legge un caso consimile, nel quale si ebbe d'un tratto la cistite per aver impiegata una semplice injezione emolliente. Tutte quelle cause che aggravano l'uretrite ponno eccitare la cistite; tra queste si deve comprendere l'abuso delle injezioni.

La condizione eccessivamente sensibile della vescica infiammata, fa sì che non vi si possano raccogliere che poche gocce di orina onde l'ammalato prova frequenti ed imperiose voglie di orinare. V'ha anche dolore alla regione ipogastrica, che si irradia verso il perineo, nella direzione dei reni lungo il corso degli ureteri; la pressione al di sopra del pube è dolorosa. L' orina assai colorita, qualche volta sanguinolenta, mescolata con muco e pus. Si può avere la completa ritenzione d'orina per mancanza di contrattilità nelle pareti vescicali; la vescica distesa si può sentire al di sopra del pube; colà le pareti addominali sono più prominenti del solito. Quando è assai interessato il basso-fondo di quest' organo, si hanno voglie frequenti di defecazione con tenesmo rettale; qualche volta le aperture valvolari degli ureteri sono chiusi per la tu-

[1] Tomo XIII, p. 454, 1829.

mefazione dello pareti vescicali, il che dà luogo a distensiono e dilatazione degli ureteri, con dolore lungo il corso di essi, fino alla rogione renale. In principio c'è per lo più nn pò di movimento febbrilo; quando la malattia deve riuscire fatale, subentra nna grande prostrazione gonerale con polso piccolo, frequente, lingua asciutta, sudore viscido, singhiozzo, insonnio, delirio.

In molti casi di cistite blennorragica, l'infiammazione si limita al collo della vescica; allora la ritenzione di orina è più ostinata, la difficoltà nell'introdurre il catetero è maggiore, e i sintomi sono generalmente più acuti che non quando è presa dall'infiammazione tutta la vescica.

Secondo Lallemand, quando l'infiammaziono è limitata al collo della vescica, la si pnò riconoscere dai fenomeni particolari che accompagnano la cateterizzazione. — Mano mano che l'instrumento s'avanza nella porzione curva dell' uretra, cresce il dolore e diventa poi intollerabile quando il catetere giunge al collo della vescica, che si chiudo sul catetere sì che pare che l'instrumento sia entrato in vescica; ma abbandonato a sè stesso, viene respinto in parte dal canale, quando il collo della vescica ritorna alla condizione naturale. In tal caso non si guadagna nulla collo sforzare, anzi si corre rischio di maggior danno. Bisogna lasciare in posto il catetere fino a che sia cessata la contrazione spasmodica; allora il collo della vescica s'apre da sè e pare che attragga la punta dell'instrumento nella cavità con una spe cio di succiamento, accom pagnato da un leggier moto di su e giù. Allora il dolore è assai forte; pare al malato che il catetere sfreghi nna superficie denudata; s'incontra poi non poca difficoltà nell'estrarro l'instrumento, per la contrazione che gli fa intorno il collo della vescica.

La cistite acnta termina spessissimo colla risoluzione, quantunque però qualche volta nella forma cronica di talo malattia, si abbiano alla fine, degli ascessi situati nello spessore delle pareti vescicali, o tra il retto e la vescica; può terminare anche coll' ipertrofia, coll'ulcerazione, colla rottura e perfino colla gangrena. Se succede la rottura, l'orina uscita fuori nel tessnto cellulare pelvico o nella cavità peritoneale, conduce a un esito fatale.

Cura. — I mezzi di cura della cistite acuta, sono: le coppette e le sanguisughe al perineo o alla regione ipogastrica; il semicupio caldo prolungato; i fomenti e i cataplasmi caldi all' ipogastrio, i clisterj caldi opiati, e l'amministrazione interna di bevande mucilaginose in piccole quantità, coll'aggiunta di nitrato o di bicarbonato di potassa, o di josciamo. Si rimedia alla ritenzione d' orina colla cateterizzazione, non però ripetuta senza necessità per non favorire l'infiammazione; per questa ragione appunto non si dovrà ricorrere all'instrumento a permanenza. Al tempo stesso però, l'orina si fa acre ed irritante per la presenza di muco e di pus, onde non bisogna lasciarla raccogliere in grande quantità. [1]

[1] Si ammette da alcuni sifilografi, anche una infiammazione dei reni, come successione dell' uretrite blennorragica con o senza l' intermediario della cistite. Bell nel suo trattato della Gonorrea virulenta, tocca appena di volo il rapporto della infiammazione dell' uretra colla nefrite: egli lo ritiene effettuarsi o semplicemente per simpatia, o per diffusione della flogosi uretrale alla vescica orinaria o da questa agli ureteri ed ai reni. Il Morgagni nella sua lettera LXIII[a] racconta d'un signore ch'ebbe tre blennorragie con gravi accidenti che si credevano dovuti all' interessamento per parte della vescica; l'autopsia rivelò che i reni erano più piccoli del normale, di forma straordinaria, e bernoccoluti alla loro superficie esterna: dissecati offrirono un'umore sanioso ch'erasi fatto strada nel'a pelvi renale. In questo caso la vescica, che erasi ritenuta la sede della malattia non presentò alcun che di rimarchevole all' infuori di leggieri erosioni agli orificj degli ureteri. In questa osservazione del Morgagni ed in altre che si trovano notate da varj autori, i rapporti della nefrite colla blennorragia si presentarono ad epoche lontane; bisogna osservare che non sono in possesso della scienza, osservazioni che provino evidentemente, un diretto rapporto fra l'uretrite e la nefrite. Il Vidal nel suo trattato sulle malattie veneree, cita un caso che constaterebbe questo nesso morboso se nel corso della blennorragia il malato non avesse fatto eccessivo abuso di vino ed acquavite, immediatamente dopo il quale, si è sviluppata quella sindrome che il Vidal attribuì alla nefrite: forse a questo eccesso, non all'uretrite si è in diritto di accagionare la successione morbosa. Del resto sebbene sia possibile l'esistenza della nefrite successiva alla blennorragia uretrale, è certo che deve essere eccessivamente rara, poichè dopo il Vidal nessuno più, a quanto io sappia non ne ha fatto parola. Nel corso della blennorragia si osservano bensì dei malati i quali accusano dolori sordi e continui alla regione renale, ma questi dolori cessano alla sospensione degli antiblennorragici e si è quindi abilitati a crederli dipendenti appunto dall'uso di questi: ammesso anche che i balsamici non c'entrino per nulla, si trovano altre cause collaterali che da loro sole basterebbero, senza ricorrere alla blennorragia, a spiegare l' interessamento per parte dei reni.

A. Ricordi.

CAPITOLO NONO

BLENNORRAGIA NELLA DONNA.

La membrana mucosa degli organi genitali è assai più estesa nella donna che nell'uomo. Oltre al rivestire il condotto urinario e la vulva, parti che corrispondano all'uretra e alla mucosa balano-prepuziale nell'uomo, continua sulle pareti della vagina dove aumenta di superficie per le numerose ripiegature, e, riflessa sul muso di tinca, si estende nella cavità del collo e dell'utero. Qualunque porzione di questa estesa superficie mucosa può esser sede di infiammazione catarrale, la quale appunto secondo la sede, vien detta blennorragia della vulva, dell'uretra, della vagina o dell'utero. Alcune di queste parti ne sono prese più frequentemente delle altre. Così la blennorragia della vagina è assai più comune che non quella dell'uretra o della vulva; la blennorragia dell'uretra è la più rara di tutte. È altresì raro che le diverse parti degli organi genitali femminili ne siano prese ad un tempo; si conoscono però esempj nei quali, due o più di queste varie parti furono sede ad un medesimo tempo di infiammazione blennorragica. Come ciò succeda riesce palese specialmente considerando la relazione anatomica delle parti. Così, quando è affetta la vulva, possono essere comprese anche l'uretra e la parte inferiore della vagina; mentre d'altra parte sono spesso ammalati insieme, la parte superiore della vagina e l'utero.

Cause. — La blennorragia è malattia molto meno comune nella donna che nell'uomo; e ciò per varie ragioni. La membrana mucosa della vagina, è meno delicata di quella dell'uretra maschile; è difesa non poco dalle secrezioni sebacee e mucosa che la ricoprono costantemente; la dimensione dell'apertura è tale da per-

mettere facilmente lo lavature; e l' uretra per essero assai poco interessata nell'amplesso, e per la posizione del meato, è meno esposta al contagio. Un'altra ragione, e forso di maggior peso, è che noll'uomo mancano quelle perdite croniche, la cui presenza nella donna è causa feconda di uretrite nel sesso opposto. Parlando dell'eziologia della blennorragia nell'uomo, tentai [1] di dimostrare che essa è sovente generata dall'irritazione prodotta da uno scolo leucorroico, dal flusso mestruale, o dalle naturali secrezioni degli organi genitali femminili. La donna nell'amplesso non è esposta a queste cause che doterminano certe volte la blennorragia. In un uomo sano, non v'ha secrezione alcuna doi genitali capace di destare infiammazione nella donna; poichè durante il periodo acuto della blennorragia uretrale il dolore eccitato dal turgore del pene svia dal coito; nei casi di blennorrea poi, la quantità di scolo è così poca, l'uretra sì spesso lavata dal fluire dolle orine, e la vagina talmente difesa dalla secrezione sebacea, che l'amplesso può aver luogo molte volte senza danno della donna. Per queste circostanze le donne comunicano più spesso la blennorragia, di quello che non la ricovano.

Ne segue chiaramente che in un dato numero di blonnorragie nei due sessi, il maggior numero di esse dipende da infezione nella donna piuttosto cho nell' uomo; io credo che questo sia un fatto incontrastabile.

Nell'assegnare al contagio immediato, il primo posto nell' eziologia della blennorragia nella donna, non si devono però trascurare altre influenze, le quali però si possono rilovare con maggior facilità nell'uomo che nella donna. È assai raro che si ottenga la storia genuina della malattia, da una donna che ci domanda consiglio per blennorragia, o che si arrivi a risalire con fiducia fino alla causa. Si sa che una donna può sostenere in poco tempo gli amplessi di molti uomini; così pure la donna ha molte ragioni per tener nascosti fatti importanti, che un uomo confiderebbe con tutta facilità al suo medico. Non è quindi che in circostanze rare e speciali, che ci vien dato di rintracciare con certezza l' origine

[1] Ed a mio credere il Bumstead ha raggiunto felicemente lo scopo.
A. Ricordi.

di una blennorragia in una donna; le opportunità di riuscita in tali ricerche non mancano, e in varj casi che occorsero a me, trovai evidente che la malattia dipondeva da altre cause che non dal contagio. Così ebbi a vedere che l'amplesso con un uomo sanissimo, fu seguìto da infiammazione acuta ed estesa agli organi genitali femminili in donne che avevano leucorrea o congestione del collo dell'utero, specialmente se al coito si aggiunse lo stimolo dei liquori. L'infiammazione cronica può allora trasformarsi facilmente in acuta, nel modo stesso che una blennorrea nell'uomo può cambiarsi in uretrite blennorragica acuta. La storia di alcuni casi veduti da me, mi fa credere che l'amplesso ripetuto, generò blennorragia in donne che erano prima perfettamente sane; è un fatto indubitabile che in certe persone, l'adempimento dei primi doveri maritali è seguìto da uno scolo purulento, quantunque non vi sia alcuna lacerazione negli organi genitali femminili.

In via generale, le cause della blennorragia nella donna escluso il contagio, si possono ridurre alle seguenti: l'atto sessuale smodatamente esercitato, la violenza, la masturbazione, la presenza di vegetazioni sifilitiche o di altre eruzioni, gli errori dietetici, gli ascaridi nel retto o le influenze esterne di freddo, umido, ecc.

Molte donne durante la gravidanza, hanno una perdita muco-purulenta, che compare per lo più dopo il quarto o quinto mese, qualche volta anche prima, e che affetta specialmente la parte superiore della vagina. L'esame della membrana mucosa genitale, rivela la presenza di numerose granulazioni, simili a quelle che si osservano anche in certi casi di vaginite da contagio. Cazeaux dice che questa perdita può produrre disordini delle funzioni digerenti; e diffatti vi si accompagna la gastralgia più o meno grave secondo l'intensità della vaginite. [1] Lo scolo cessa per lo più spontaneamente dopo il parto.

La vaginite può accompagnare anche la febbre scarlattina; può essere postumo di questo od altri esantemi. [2]

[1] Traité de l'Art des Accouchements, 4ª ed. p. 317.

[2] Cormack, Lond. Journ. of Med., sett., 1850; e Barnes, Medical Gazet., luglio, 1850.

Le bambine sono prese qualche volta da infiammazione degli organi genitali con copioso scolo purulento dalla vulva ed anche dalla vagina; quanti errori si commisero nel voler stabilire la causa di tale infiammazione! Si suppose che la malattia fosse stata comunicata alla ragazzina, da individui maschi che furono visti accarezzarla e vezzeggiarla, e si trassero in giudizio persone innocenti. Nessuno in tali casi fece quanto il Dr. Wilde di Dublino, per l'onore della professione, pel bene dell'umanità; più volte egli riuscì a dimostrare la mancanza di fondamento dell'accusata, ed a dichiarare innocente l'imputato, quando costui era lì presso a venir convinto e condannato per un oltraggio ch'egli non ebbe mai commesso.

Quante volte questi scoli sono venerei, come sono di natura venerea le otirree sì frequenti nei bambini! Costoro vi sono piuttosto grandemente predisposti per cachessia ereditaria, o per abito scrofoloso. Cause eccitanti possono essere la mancanza di nettezza, gli sconcerti delle funzioni digerenti, la dentizione, la presenza di ascaridi nel retto o nella vulva, dove pervennero percorrendo il perineo.

Tali scoli sono contagiosi, quando vengano applicati alla congiuntiva oculare, e lo sono assai probabilmente anche portati a contatto degli organi genitali di una seconda persona; il qual fatto sarebbe un altro argomento comprovante che la contagiosità della materia blennorragica, dipende dalla sede della malattia, e non già dalla presenza di un veleno specifico, necessariamente trasmesso dall'uno all'altro individuo.[1]

SINTOMI. — I sintomi iniziali della blennorragia nella donna, in quei pochi casi nei quali si può esaminare, sono spesso nascosti e confusi da uno scolo leucorroico precedente. Essi non sono di-

[1] Questa conclusione del Bumstead prova di nuovo come anch'egli, al pari di me, non creda all'esistenza di un virus particolare nella materia blennorragica. Su questo argomento si veda il capitolo dell'autore a pag. 36, e la mia aggiunta a pag. 47.

A. RICORDI.

versi dai sintomi iniziali delle infiammazioni d'altre membrane mucose, e consistono nello svilupparsi graduato del rossore, gonfiore e sensibilità delle parti, e nell'alterata quantità e qualità della secrezione. Lo scolo varia per densità e colore come nella blennorragia maschile. Trasparente e mucoso in principio, poi muco-purulento, poi quando la malattia è giunta all'apice del decorso, affatto purulento. Quando è secreto dalla vagina è acido, fluente, raggrumato e facilmente amovibile dalla superficie mucosa; quando deriva dalla cavità del collo uterino, [1] non mescolato alla materia acida della vagina, è alcalino, pressochè trasparente, tenace come l'albume d'uovo e assai aderente. Esaminata al microscopio la secrezione vaginale, la si trova composta di corpuscoli del pus, di muco, di una gran quantità di squamme epiteliari e di fiocchi di epitelio in masse; mentre il grumo viscido tolto dal collo uterino, come mostrò il Dr. Tyler Smith, è di struttura ghiandolare, e contiene dei corpuscoli di muco, dei globuli di grasso e una materia purulenta. La consistenza e il colore giallognolo della secrezione vaginale, dipendono dalla quantità di elementi organici contenuti. L'opacità è sempre in rapporto colla densità; e quanto più esso rassomiglia a crema o a pus, tanto maggiore sarà la quantità di corpuscoli di pus e di epitelio pavimentoso che si rileverà col microscopio. [2]

Donné chiamò l'attenzione degli uomini dell'arte, su un animaletto infusorio ch'egli dapprima ritenne come patognomonico della vaginite blennorragica. Più tardi abbandonò quest'opinione, ma asserisce però tuttora che il *Trichomonas* non lo si trova nel muco vaginale sano, ma solo quando questo muco sia mescolato a una grande quantità di globuli di pus. Ulteriori ricerche di Kölliker e Scanzoni, [3] dimostrarono che non è mai presente nella secrezione del collo uterino, onde non può essere una pura cellula di

[1] Il mezzo migliore per raccogliere la secrezione cervicale uterina, allo scopo di esaminarla non mescolata a muco vaginale, è quello di valersi del portocaustico di Lallemand, smontato.

[2] Pathology and Treatment of Leucorrhœa.

[3] Das Secret d. Schleimhaut d. Vagina und des Cervix Uteri. SCANZONI's Beiträge, Bd. II, p. 128. Würzburg, 1855.

epitelio ciliare; questi autori dicono che non vi può esser dubbio sulla natura animale indipendente di questo corpuscolo. Essi lo trovarono primieramente nelle donne gravide, o dopo che vi ebbero fissata l'attenzione, lo riscontrarono in più di metà delle donne ch'ebbero ad esaminare. Non lo si può quindi considerare come caratteristico della blennorragia. Inoltre, non lo si trova mai nel muco vaginale veramente sano e privo di globuli di pus. Pare ch'esso dipenda da certi cambiamenti nella secrezione vaginale, e non si sviluppa di molto, fuor che nel muco realmente di natura insolita. [1]

Esaminando una donna affetta da blennorragia, non bisogna cercare le tracce dello scolo sulla parte anteriore delle biancherie, bensì sulla posteriore. La mancanza d'ogni indizio esterno di malattia, non prova che la donna sia sana; può darsi che sia infiammata la parte superiore della vagina e che la secrezione non oltrepassi la vulva.

I sintomi della blennorragia nella donna variano colla sede della malattia; giova quindi descriverli a parte secondo che è ammalata una parte piuttosto che un'altra dei genitali, senza però dimenticare che le varie forme si possono combinare più o meno.

La Blennorragia della vulva è meno comune di quella della vagina; in molti casi è secondaria a quest'ultima, e dipende allora dal contatto dello scolo che fluisce dalle parti superiori. Spesso però è anche primitiva, e ciò specialmente quando è il risultato di violenze, o quando dipende dalla presenza di vegetazioni, o da altre eruzioni sifilitiche, come sarebbero gli ulceri, le placche mucose e simili. La blennorragia nelle ragazzine, della quale parlammo già, è pure spesso vulvare.

L'attenzione della malata vien tosto rivolta alla parte, per una sensazione di caldo e di prurito insolito. L'esame ci mostra la membrana mucosa arrossata, gonfia e più umida del naturale. Coll'avanzare della malattia lo scolo cresce in quantità e diventa muco-purulento o purulento ed assai corrosivo. Le labbra e le

[1] Traité pratique des Maladies des Organes Sexuels de la femme di F. W. de Scanzoni, trad. dal tedesco. Parigi 1858.

ninfe, gonfie così da riuscir quasi impossibile lo scoprire l'orifizio della vagina. Se le ninfe sono naturalmente voluminose, la gonfiezza può avere tale effetto da farle protrudere dalle grandi labbra e costringervele; questa condizione la si può rassomigliare al parafimosi. La membrana mucosa è qualche volta denudata a placche dell'epitelio, con caratteri identici alle escoriazioni superficiali della balanite. Le parti imfiammate sono sensibilissime al minimo tocco; il moversi assai doloroso. Le ultime gocce di orina cadono sulla superficie escoriata e vi generano un bruciore fortissimo. Lo scolo si raccoglie nei peli del monte di venere e sulla superficie esterna delle grandi labbra, e fluisce lungo il perineo, sulle parti posteriori delle biancherie. Qualora vi si fermi per un certo tempo, irrita ed infiamma la pelle, la quale tosto assume un aspetto eritematoso od anche si escoria, ed essa pure secerne un umore acre. Quando lo scolo giunge a contatto coll'ano, ciò che succede con tutta facilità stando sedute le malate, può irritare il retto; quindi voglie frequenti di defecazione, dolori quando escono le feci e qualche volta un po'di diarrea. [1]

I desiderj sessuali si fanno prepotenti, fino alla ninfomania; ma l'amplesso, se pure è possibile, è accompagnato da dolori vivissimi. Nessun'altra forma di blennorragia nella donna eguaglia questa di cui parliamo, nei dolori che porta seco. Ciò dipende in parte dalle circostanze che abbiamo dette, e in parte dalla molta sensibilità che è propria della vulva, come di tutte l'altre estremità esterne dei canali mucosi.

L'organismo simpatizza qualche volta colla malattia locale, o l'ammalata è febbricitante. Non tutti i casi di blennorragia vulvare però, sono così gravi. V'hanno esempj nei quali non si osserva che un grado leggiero di rossore, di tumefazione, di sensibilità, e poco aumento di secrezione della parte; i sintomi possono presentare tutte le gradazioni, da quest'ultima forma affatto mite, fino all'intensità della prima che abbiamo descritta. [2]

[1] Baumès, Précis sur les Maladies Vénériennes, t. II, p. 163.

[2] La vulvite può anche essere più grave e farsi flemmonosa, con ulcerazioni estese, con edema e gangrena superficiale od ascesso delle grandi labbra: e questo osservai in ragazze impuberi del tutto o non per anco deflorate che avevano servito, forzatamente, ad impuri abbracci.
A. Ricordi.

Huguier [1] ci ha dato una bellissima descrizione dell' anatomia e della patologia dell' apparato ghiandolare degli organi genitali femminili; senza una descrizione dei cambiamenti che hanno luogo in queste ghiandole, non si può ritenere completa nessuna relazione sulla vulvito.

La vulva è largamente fornita di follicoli sebacei e mucipari, i quali sono rivestiti da un prolungamento della membrana mucosa. Seguendo questa superficie continua, l' infiammaziono facilmente trova adito all'interno dei follicoli, i quali tosto secernono una sostanza densa, purulenta.

Il vestibolo della vagina è altresì provvisto di due organi secretori maggiori e situati più profondamente; questi organi, quantunque già noti ad alcuni anatomici dopo il secolo decimosettimo, si potevano ritenere pressochè sconosciuti, in confronto di quanto se ne sa al giorno d'oggi. Duverney fu il primo a scoprire queste ghiandole nella vacca; poi Bartolino le osservò nella donna; ma ricercato invano da Haller, furono affatto dimenticate, fino a che vennero nuovamente segnalate da Tiedemann [2] professore ad Heidelberg nel 1840, e da Huguier di Parigi nel 1850. Ora le si conoscono col nome di ghiandole del Duverney, del Bartolino, del Cowper, o ghiandole vulvo-vaginali. Sono situate ciascuna su un lato del vestibolo della vagina, nello spazio triangolare limitato dalla branca ascendente dell'ischio, dall'orifizio della vagina e dal muscolo trasverso del perineo; coperte dal fascia superficiale del perineo e da alcune fibre del costrittore della vagina. Il loro volume è diverso nei diversi soggetti; pare che siano più grosse nelle donne esercitate all'amplesso. Quando sono molto sviluppate, il loro diametro raggiunge i 15 millimetri.

Sono ghiandole conglomerate, costituite da una congerie di piccoli tubi, circondati da un involucro comune; durante l' atto del coito, tramandano una copiosa secreziono di un fluido albuminoso, per mezzo di un condotto lungo che sbocca precisamente davanti all'imene, o presso le caruncole mirtiformi laterali e posteriori, le quali spesso ne nascondono l'orifizio. [3]

[1] Mém. de l'Acad. de Méd. 1850, p. 529.

[2] Von den Duverneyschen Drüsen; Heidelberg 1840.

[3] In alcune donne questi orifizj si aprono sulla pagina interna del

Il processo infiammatorio può invadere questo condotto e la ghiandola cui mette, nello stesso modo che si determina nei follicoli superficiali. Quando poi ha luogo la suppurazione, se la materia non trova esito attraverso lo sbocco naturale della ghiandola, si forma un ascesso o dentro il condotto dilatato, o nel parenchima della ghiandola; il primo caso si verifica generalmente quando il processo infiammatorio venne determinato da blennorragia.

Ora, gli ascessi in vicinanza della vulva sono affatto comuni nei casi di vulvite; e quantunque alcuni di essi siano posti nel tessuto cellulare sottomucoso, pure per la maggior parte, sono della natura che dicemmo, ed hanno sede nel condotto o nella ghiandola vulvo-vaginale. Un carattere frequente e particolare che li distingue, è la facilità colla quale una volta svuotati, spontaneamente tornano ad empirsi col ricorrere della più piccola causa, come sarebbero la mestruazione, l'amplesso, un esacerbamento dell'infiammazione vulvare e simili. Questa circostanza, fece credere erroneamente ad alcuni autori, che tali ascessi fossero chiusi da una vera parete cistica, mentre il loro involucro non è per verità che la ghiandola o il condotto dilatato, il quale fino ad un certo punto, funziona da cisti.

Questi ascessi ghiandolari, si possono per altro riconoscere senza una gran difficoltà. L'ammalata accusa un ingrossamento in vicinanza della vulva; esaminandola, troviamo che questo ingrossamento occupa il terzo inferiore del labbro, e confina colla commessura posteriore. Il lato affetto è più prominente dell'altro; ci si presenta piriforme, colla maggiore estremità diretta all'indietro e all'interno, verso la linea mediana; il comune integumento mantiene esternamente il suo colore solito; è libero e mobile, mentre la superficie interna della membrana mucosa è rossa e aderente al tumore. La parte è assai sensibile al tatto; l'ammalata non può nè camminare, nè star in piedi nè seduta, se non con molto incomodo, per il dolore che vi si eccita alla più piccola pressione.

gran labbro; quando il condotto di queste ghiandole in simile caso è preso dall'affezione blennorragica, premendo con un dito dall'anello vulvare in avanti verso il gran labbro, si vede uscire verso la metà di questo una goccia di materia muco-purulenta.

A. Ricordi.

Il contenuto del tumore vien qualche volta versato fuori pel condotto naturale della ghiandola; ma se non interviene l'arte, scoppia per lo più in vicinanza dell'orifizio ghiandolare, assai raramente alla superficie esterna o integumentale del labbro. Huguier non conviene con Vidal ed altri autori, che ne possa derivare una fistola retto-vaginale; secondo lui, ciò non succede mai quando l'intestino retto è sano.

Il frequente ripetersi degli ascessi della ghiandola e del condotto vulvo-vaginale, è uno dei maggiori incomodi delle prostitute ammalate per infiammazione cronica della vulva. [1]

Il Dr. Salmon [2] indicò alcuni casi di blennorragia femminile, nei quali non erano ammalati che la ghiandola o il condotto vulvo-vaginale; il resto degli organi genito-urinarj si mantenevano nella condizione loro solita. Secondo Salmon, tale affezione sarebbe assai comune, specialmente nelle giovani prostitute, nelle quali sarebbe spiegata coll'irritazione derivata dallo sfregamento ripetuto su parti ancora delicate. Le ammalate non sentono dolore o incomodo alcuno, ed esaminate come si fa di solito, succede spesso che le si ritengano affatto sane; premendo però con una certa forza il labbro da ambedue le parti, contro la branca dell'ischio, si sente la ghiandola come un tumoretto non molto duro, e se ne vede sfuggire il contenuto muco-puriforme dall'orifizio del condotto; ciò che

[1] Un'altra varietà d'ascesso che complica qualche volta la vulvite, è quello costituito dai follicoli situati al contorno dell'anello vulvare, o dell'orifizio uretrale. Nel decorso della infiammazione sono attaccati anche questi follicoli, i quali perciò segregano una materia muco-purulenta, o suppurano. Alcune volte l'esito di questi condotti ai lati dell'uretra, è talmente largo, da dare alla pressione, quando sono presi da blennorragia, una grossa goccia di materia verdastra, precisamente come potrebbe dar l'uretra quando la si pigia contro l'arcata del pube onde constatare la presenza dello scolo. Se i condotti di queste ghiandole, per l'infiammazione della mucosa vulvare, a modo di quelli delle ghiandole vulvo-vaginali, si obliterano, il liquido non trovando più l'uscita si raccoglie e forma ascesso. Il quale se non si apre spontaneamente all'esterno per esulcerazione deve essere aperto col coltello, non perchè la sua presenza possa causare pericoli, ma per ciò solo che intrattiene la flemmasia vulvare: l'interno dell'ascesso deve essere distrutto col caustico.

A. Ricordi.

[2] Med. Times and Gaz., dic. 23, 1854. — Braithwaite's Retrospect, Part 31, p. 208.

non succede quando la ghiandola è sana, ed allora essa è anche impercettibile al tatto. Il Dr. Salmon, crede che la blennorragia vulvo-vaginale spieghi molti casi di scolo contratto da donne apparentemente sane. Si richiedono però ulteriori ricerche prima di poter ammettere senz'altro dubbio, che la blennorragia possa così spesso affettare primitivamente ed esclusivamente il condotto e la ghiandola vulvo-vaginale; quantunque sia indubitato che, dopo cessato un decorso di vaginite o di vulvite, l'infiammazione si possa fissare per un tempo indefinito in questo apparato secretore. [1]

[1] Furono notate dai trattatisti due forme di vulvite cronica alle quali vanno soggette donne adulte ed anche vecchie, che sono di difficile guarigione ed in certe circostanze esacerbano in modo, da far credere ad una vulvite per contagio: sono la vulvite papillare e la pruriginosa.

La prima è assai rara, dà molto incomodo alla malata e resiste con ostinazione ai rimedj impiegati per combatterla. È una lenta infiammazione della membrana mucosa vulvare, talvolta anche della vagina per la quale questa membrana assume un colorito rosso-oscuro ora esteso ad una larga superficie, ed ora limitato a macchie rosse, leggiermente elevate o situate sui bordi delle pieghe inferiori della vagina, oppure sulla sommità delle caruncole mirtiformi, sulle piccole labbra od ai lati della vulva. Esaminate attentamente queste macchie si vedono chiaramente le papille mucose tumefatte ed elevate come le villosità della lingua, quando vi ha irritazione di quest'organo; sono molli, danno sangue se vengono sfregate e si fanno dolorose. V'ha quasi sempre contrazione spastica dell'anello vulvare: qualche rara volta, frammiste alle papille, osservansi i follicoli rigonfj, infiammati ed esulcerati.

Si osserva quasi mai la vulvite papillare, nelle ragazze; è propria delle donne maritate, nelle quali talora il coito suscita sensazioni moleste od anche vivi dolori per modo che è reso impossibile.

La vulvite pruriginosa, risulta di una eruzione di prurigine, d'erpete, di piccole papule, od anche di afte sulla membrana mucosa della vulva: l'eruzione frequentemente si estende da questa alla vagina ed al collo uterino, oppure alle pagine cutanee dolle grandi labbra, al perineo ed ai contorni dell'ano; in certi casi però il prurito è estremamente violento, senza che si possa distinguore alcuna traccia ben marcata di eruzione. Allorchè questa malattia dura da lungo tempo, e che la malata si è grattata molto, si vedono sulla mucosa, o sulla cute delle parti più irritate, delle placche bianchicce, delle fenditure rosse che danno sangue o delle scorticature.

Questa malattia è passaggiera, quando accompagna la mestruazione, la gravidanza, od il puerperio, altrimenti assume un carattere fisso e cronico, e può durare settimane e mesi; è una malattia assai molesta e tormentosa. Queste due specie di vulvite sono adunque assai penose e di difficile guarigione. Il Simpson che si occupò del soggetto in una nota pubblicata nella Medical Times and Gazette, 16 aprile 1859, assicura essere il più delle volte inefficace l'uso di energiche cauterizzazioni, nella vulvite papillare,

VAGINITE. — La vaginite è molto più comune di qualunque altra forma di blennorragia della donna. Può infiammarsi o tutta la vagina o solo una parte di essa. In quasi tutti i casi di vulvite, la parte inferiore della vagina è più o meno interessata; spesso invece non è ammalata che la parte superioro; cosicchè qualora non si esamini la donna collo speculum, si può credere facilmente che la sia affatto sana; tanto più che la relativa insensibilità della parto superiore della vagina, non ci permette di regolarci sulle sensazioni provate. Ricord dice che la parte posteriore della vagina è più spesso affetta nella leucorrea; e la parte anteriore nella blennorragia.

La moderna applicazione dello speculum allo studio delle malattie veneree (che noi dobbiamo a Ricord), rese d'un tratto chiara e facilmente riconoscibile una malattia, che dapprima era oscura e di diagnosi piuttosto difficile. Lo zelo che emerse in questi ultimi anni, nelle ricerche patologiche degli organi genitali femminili, fu tale che molti osservatori giunsero a descrivere le lesioni della vaginite con tutta la precisione e minutezza. Non dobbiamo però dolerci di aver veduto tanto rigore di scrutinio spiegato nelle ricerche su questo soggetto, quantunque appunto per ciò, gli si sia dato una esagerata importanza; si arrivò intanto a dimostrare che queste lesioni non hanno caratteri sufficienti per indicarne l'origine venerea; esse sono por ogni lato identiche alle formo morbose più comuni d'ogni altra membrana mucosa, la congiuntiva dell'occhio, la mucosa che riveste la bocca, l'orecchio e simili.

Lo speculum non si adopera mai nel periodo acuto della vaginite, perchè ne è assai dolorosa l'applicazione, ed irrita i tes-

riescere meglio la cura locale astringente e sedativa (una soluzione di tannino colla morfina). Egli preferisce però la topica applicazione di un linimento composto d'una soluzione concentrata di percloruro di ferro nella glicerina, e l'uso dei bagni. Per la pruriginosa, consiglia ancora gli astringenti e sedativi, ma variati di tempo in tempo perchè la maggior parte di essi perdono della loro efficacia allorchè per lungo tempo vengano adoperati. Nei casi gravi ed ostinati, gli astringenti, dovranno essere più energici, soli, o cogli antispasmodici, sciolti od in polvere. In ambedue le varietà di vulvite è necessario sorvegliare attentamente lo stato generale ed amministrare alteranti e tonici.

A. RICORDI.

suti infiammati. La presenza del flusso menstruale è un'altra controindicazione all'uso dello speculum.

Per l'esame della vagina nei casi sospetti di blennorragia, basta generalmente lo speculum cilindrico comune, fatto di vetro e rivestito di uno strato di gomma elastica; essa è anche di una facile introduzione. Ma dovendosi fare delle applicazioni locali, o volendosi mettere allo scoperto tutti i recessi di questa località per vedere se vi sia nascosto qualche ulcero, allora si preferirà uno speculum valvolare; onde toglier via la secrezione che può impedire il campo visuale, il medico si provvederà di alcune piccole scope fatte coll'assicurare delle filacce all'estromità di una bacchottina. La paziente si terrà nella posizione così detta ostetrica, o adagiata sul lato sinistro, o com'io preferisco, sdrajata sul dorso colle cosce flesse sull'addome e le gambe sulle cosce; la decenza vuole che la donna sia coperta quand'anche essa sia una prostituta.

Quando la vaginite è intensa, quando la si può esaminare nei primi momenti, si vede che le pareti vaginali o tutte o in parte sono rosse, calde, asciutte, affatto mancanti di umidore. Ricord dice che in molti casi egli ebbe a vedere una tale forma terminare colla risoluzione, senza nessuna comparsa del più piccolo scolo. Si citarono casi analoghi di blennorragia secca ed erisipelatosa osservata nell'uomo; quantunque l'impossibilità di esaminare per disteso tutta la superficie interna dell'uretra abbia lasciato adito a disputa. Generalmente però, se questo stato asciutto della vagina si verifica fin dal principio, è seguito nel corso di ventiquattro ore, dalla comparsa di uno scolo che dapprima trasparente, subisce di poi cambiamenti simili a quelli che si osservano nella blennorragia maschile. Quando la malattia tocca al suo apice, le pareti vaginali sono bagnate da una materia purulenta, corrosiva, di color di crema o verdognolo, qualche volta anche con strisce di sangue.

Innanzi di proceder oltre nell'esplorazione, bisogna ripulire dallo scolo la mucosa esposta nel campo dello speculum, col mezzo delle piccole scope di filacce. Si osserva allora questa mucosa rossa e tumida. Il rossore varia nell'intensità e nell'estensione; ora uniforme, ora disposto a macchie o a strie. Si osservano spesso delle placche dove si distaccò l'epitelio, lasciando delle abrasioni superficiali analoghe a quelle che si osservano nella balanite, o come una superficie sulla quale si applicò un vescicante.

Un'altra forma che si osserva qualche volta è quella che ebbe nome di vaginite granulosa. Essa è uno svilnppo delle papille vaginali, che si fanno prominenti sulla superficie che le circonda, facilmente riconoscibili al loro colore più rosso del resto. Tali granulazioni si osservano sovente nella parte superiore della vagina, dove sono certe volte numerosissime su tutta la superficie mucosa, o vi sono disseminate qua e là. Il Dr. Deville le ritenne erroneamente speciali della vaginite nella donna gravida. [1] Esse sono analoghe alle granulazioni tanto comuni della congiuntiva palpebrale. Ricord dice che in un caso di blennorragia vaginale, egli osservò un'eruzione che presentava tutte le forme dell'erpes flictenoide, situata sulla parte profonda della vagina; ed Ashwell parla di *pustole erpetiche* che col rompersi danno luogo ad ulcere.

Oltre a questi sintomi, la vaginite ha per caratteri anche un maggior grado di calore e di sensibilità. L'aumentato calore si può verificare facilmente coll'introdurre un dito nella vagina; si sente che la mucosa circonda il dito con un calore al di sopra del naturale. Il grado della sensibilità varia; esso è maggiore quando è affetta anche la vulva. In tali casi riesce pressochè impossibile l'introduzione dello speculum pel dolore che vi si eccita; ma quando la malattia si limita alla vagina, si può benissimo adoperare lo speculum senza molto incomodo della paziente. Lungo il decorso della vaginite, v'hanno anche le voglie frequenti di orinare; si ha dolore ottuso alla regione ipogastrica dipendente dalla simpatia che si eccita dalla vescica.

Per poco che la blennorragia vaginale si continui, è facilissimo che il processo si estenda pur anche alla membrana mucosa che copre il collo dell'utero, presentando lesioni identiche a quelle or ora descritte, e segnatamente i tratti di abrasioni superficiali. La blennorragia dell'utero si limita in generale alla cavità del collo. Colà è qualche volta secondaria e generata dall'estendersi della malattia, dalla vagina alla cervice. Può anche essere primitiva; che anzi, succedendo di esaminare l'ammalata assai presto, si trovano qualche volta le parti genitali perfettamente sane; ma esplorando l'utero vi troviamo l'orlo della bocca rosso e tumefatto, la

[1] Archiv. Génér. de Méd. 4ª serie, vol. V, p. 305.

cervice congesta ed ingrossata, e la cavità del collo occupata da una materia tenace, trasparente, muco-purulenta; la trasparenza della secrezione dipende dall'alcali che vi si contiene. Questa materia diventa opaca e si coagula quando viene a mescolarsi all'acido vaginale, onde non la si può sempre riconoscere, una volta che la sia discesa in vagina od emessa dalla vulva. Questa difficoltà di riscontrare la blennorragia limitata al collo dell'utero, ci spiega alcuni di quei casi di blennorragia avuta da una donna che si credeva perfettamente sana.

È raro che il periodo acuto della vaginite si prolunghi oltre la settimana o i dieci giorni; anzi può durare ancor meno. Non appena cessano i sintomi acuti, diminuiscono anche il dolore e la difficoltà al moto. Lo scolo diventa meno copioso, meno purulento; il rossore e la tumefazione dei tessuti scompajono a poco a poco. Dopo questi passi verso la guarigione, la malattia però esita qualche volta per un tempo indefinito, e riesce assai difficile lo sradicarla.[1] Pare che le pareti vaginali siano ritornate alle condizioni naturali, pare che abbiano perduto quelle forme morbose che ne caratterizzavano il periodo acuto, ma v'è tuttora un leggier grado di scolo dalla superficie mucosa della vagina o dalla cavità cervicale, scolo che può generare la blennorragia nell'uomo.

Aggiunta di A. Ricordi. — La metrite blennorragica si presenta sotto tre forme: d'eritema, di flemmone e di catarro; quest'ultima è la più comune. La secreziono dell'infiammazione blennorragica uterina nel suo principio, è costituita da una materia trasparente, densa e filante: a poco a poco, si opaca e si trasforma in muco-pus, il quale si mescola talvolta a strisce di sangue nera-

[1] In questo caso che non è molto infrequente lo scolo è bianco lattiginoso più o meno denso, talvolta sieroso e misto a fiocchetti bianchicci che assomigliano al coagulo del latte, anche senza che siavi catarro uterino del quale quest'ultima forma è più propria. Si è ordinariamente nei soggetti scrofolosi o mal nutriti che la vaginite cronica si protrae a lungo e resiste molte volte a qualunque adatte medicazioni locali se unitamente a queste, non si istituisce una cura interna appropriata al caso.
A. Ricordi.

stro o recente per erosioni della cavità della cervice uterina. In seguito questo segreto, si fa meno tenace, gelatiniforme di color verdochiaro, e termina col presentarsi pellucido, poi limpido affatto di consistenza e colore di albume d'uovo. In questo stadio dura per molto tempo, e talora si fa abbondante a segno da uscire dall'esterno pudendo in rilevante quantità. Compita così l'ultima fase va a poco a poco decrescendo fino a che scompare quasi affatto: lo speculo fa osservare sull'orifizio uterino una grossa goccia trasparente più o meno densa, la quale è abituale, e che da taluno venne chiamata la lagrima d'amore.

Associate quasi immanchevoli al catarro uterino cronico, compagno o postumo della vaginite, sono le lesioni della sua cervice: erosioni, ed ulcerazioni piane o fungose e granulazioni.

Tali alterazioni del muso di tinca, sotto qualsiasi delle forme che dissi, occupano in ragione di frequenza, secondo la mia osservazione, tutto il contorno dell'orifizio, poi il solo labbro inferiore, tutta la cervice e la sua cavità, da ultimo il solo labbro superiore. Sono sempre concomitate da uno stato di congestione della porzione vaginale dell'utero, il più delle volte da intumescenza anche dolente al tatto; l'ipertrofia non osservasi che in quelle donne le quali ebbero più volte ad essere malate di questa speciale metrite. Danno luogo ad un secreto purisimile, tenace, aderente, quasi crupposo, più o meno abbondante, che a poco a poco si rende più fluido, di color bianco opalino, e cessa collo scomparire delle forme che l'avevano prodotto.

Di frequente si osservano gli ovuli del Naboth sviluppati, tondeggianti, pellucidi, ordinariamente del volume d'un grano di miglio, ma talvolta anche di più, risiedenti al contorno dell'orifizio uterino. Questa forma morbosa è attribuita alla chiusura del condotto escretore di questi follicoli nell'interno dei quali continua la secrezione mucosa, forma che si potrebbe confondere colle ulceri granulose, se la mancanza della secrezione purulenta non avvisasse l'osservatore non trattarsi di scontinuità.

Le ulceri catarrali e le granulazioni più o meno estese si presentano, le prime sotto forma di leggieri perdite di sostanza mucosa, a forma irregolare, con fondo di colore più carico di quello del terreno sul quale esistono; le seconde, che segnano un grado maggiore di entità patologica, e che pare riconoscano la loro ori-

gine dalle prime, si possono benissimo paragonare per la forma e colorito ai bottoni di granulazione d'una piaga. I quali di frequente lussureggiano e si trasformano in vere fungosità molli e facili a dar sangue.

Talvolta si sviluppano sul collo uterino partitamente quà e là bottoncini opalini della grandezza di un seme di miglio, costituiti da cripte mucose turgide e che in seguito si aprono lasciando la così detta ulcerazione follicolare; sono però più rare a vedersi delle ulcerazioni catarrali e delle granulazioni ; questa forma probabilmente è quella stata da taluno descritta sotto il nome di pemfigo uterino.

Queste lesioni uterine riconoscono molte volte per loro efficiente la blennorragia, possono però essere prodotte anche da altre cause: scrofola, sifilide, ecc. Il loro sviluppo ed andamento viene modificato dalla individuale costituzione fisica.

La metrite blennorragica descritta, anche accompagnata dalle alterazioni di tessuto è raramente acuta, ma comincia d'ordinario con tipo cronico; è una affezione apiretica. Quando dura lungo tempo, e rilevanti sono queste alterazioni del collo, le ammalate lagnansi di dolori inguinali, lombari, uterini, e di lassezza ed indisposizione generale: raramente accusano la nausea o sono prese da fenomeni isterici. Questa malattia dura generalmente molto tempo. Alcune donne la tollerano molto bene, quand'anche abbia tocco un alto grado, conservano una buona nutrizione ed eccellente salute generale; in altre per lo contrario l'intero organismo partecipa grandemente della malattia locale.

Nella metrite blennorragica la concezione non è sempre impedita come sostennero alcuni. Si crede che, se le donne che non ostante un catarro uterino, concepiscono, vanno facilmente soggette all'aborto ed inclinano alla placenta previa. Il Sigmund non pretende già che tutte le volte in cui vi sia coincidenza fra la sterilità e la blennorragia del collo, la guarigione renda il coito efficace, ma a ragione insiste sulla necessità di un trattamento appropriato; perciocchè è evidente che la blennorragia della porzione vaginale, sopratutto quando l'orifizio è in certo qual modo chiuso come da un turacciolo, è un vero ostacolo alla fecondazione.

La Blennorragia dell'uretra, sta per lo più con quella della vulva o della vagina, qualche volta con solo quella dell'utero. Non mancano però esempj nei quali si trovò ammalata l'uretra solamente. Gibert ne osservò tre; [1] Ricord due, [2] e Cullerier uno; [3] e in parecchie di queste uretriti femminili, si trovò che le tracce di scolo sulle biancherie della donna erano piccole e circolari, invece di grandi ed irregolari, come nella blennorragia della vulva o della vagina.

La poca lunghezza dell'uretra nella donna e la posizione obliqua del canale, condizioni che favoriscono lo spontaneo fluire della materia, fanno sì che la diagnosi dell'uretrite nella donna sia meno facile che nell'uomo. Può darsi che la secrezione della vulvite si trovi in vicinanza del meato come succede sovente; allora è facile il cadere in errore e credere che la secrezione provenga dall'uretra. V'ha di più, che la corrente dell'orina scancella per un certo tempo ogni traccia di uretrite. Ond'è che per potersi fidare d'un esame locale, bisogna che sia fatto almeno un'ora o due dopo svuotata la vescica, e toglier via la secrezione che si trova raccolta intorno al meato. Allora si introduce un dito nella vagina e si preme contro l'arco del pube nel senso del canale dell'uretra dall'indentro all'infuori; se c'è uretrite si vedranno spuntare dal meato una o due gocce di materia purulenta; più gli orli del meato sono gonfj ed infiammati, e l'introduzione di una sonda nel canale è assai dolorosa. Non bisogna lasciarsi trarre in errore dal bruciore che accusa l'ammalata emettendo l'orina; esso è un sintomo ingannevole, giacchè può dipendere dal contatto dell'orina colla membrana mucosa escoriata della vulva, quando questa sia affetta. Mancando la vulvite, è però un sintomo da considerarsi.

La blennorragia dell'uretra in donne sane d'altronde, non spiega la medesima tendenza a diventare blennorrea, come nell'uomo. Scompare quasi sempre prima della vaginite o della vulvite che

[1] Il primo caso di Gibert fu pubblicato nella Revue Médicale, t. I, 1834. Ne pubblicò due altri nel suo Manuel sur les Maladies Syphilitiques, p. 284.

[2] Mém. de l'Acad. Roy. de Méd., t. II, p. 159. Parigi, 1833.

[3] Diction. de Méd. et de Chir. prat., t. IV, p. 253.

l'accompagnano, ondo la si può ritenere di un'importanza secondaria [1]. Nelle donno però di rotta costituziono e in quelle che ebbero molti parti, o che soffrono di congestioni ai visceri addominali, può assumere una forma cronica e diventare ostinatissima. Si ordisce un ispessimento di tutto il canale dell'uretra, la quale si sente poi come nn cordoncino duro al di dietro del pube, e separando le ninfe la si vede prominente alla parte superiore dell'ingresso dolla vulva. Questa condizione fa sì che l'ammalata provi di continuo un senso incomodo alle parti, con voglie frequenti di orinare; incomodo che diventa più sentito nel moto, nel coito, nel ritorno dei menstrui, e diminuisce col riposo e colla posizione orizzontale. [2]

Alcuni autori dissero dell'uretrite come espressione di contagio. Nella maggior parte dei casi di tale malattia, le ammalato dicono aver avuto commercio impuro, e d'altra parte, l'urotrite manca in molti casi di blennorragia di origino certamente contagiosa; è un fatto che l'uretrite può dipendere da spostamenti dell'utero e da altre cause indipendenti dal coito; onde quest'affezione non ci dà che una prova presuntiva dell'impudicizia della donna.

COMPLICAZIONI. — Il bubone è una dolla complicazioni della blennorragia, meno frequente nella donna che nell'uomo; Ricord dice che lo si osserva assai raramente, a meno che sia affetta l'uretra. [3] Durand Fardel cita il caso di una donna cho sostenne gli amplessi violenti di parecchi uomini, sulla quale si determinò un bubbone, che finì colla suppurazione. [4] L'esplorazione indicò ch'essa aveva infiammazione acuta della vulva e della vagina, o che non vi fu nè laccrazione nè nlcerazione della membrana mncosa, qnantunque l'origine violenta della malattia potesse far nascere il so-

[1] DURAND FARDEL. Mémoire sur la Blennorrhagie chez la Femme, et ses diverses complications. Jour. des conaissanees Méd.-Chir., 1840.

[2] WEST, Lectures on the Diseases of Women, 2. ed. p. 618.

[3] Note all'Hunter, 2. ed. p. 106.

[4] Op. cit.

spetto che il bubone dipendesse interamente dalla blennorragia. Non si dice nulla della condizion dell'uretra.

Nella blennorragia delle varie parti degli organi genitali femminili, e specialmente nella vulvite, si riscontrano sovente le vegetazioni, le placche mucose o i tubercoli, e gli ulceri. La loro presenza è sorgente continua di irritazione, e il toglierli è elemento essenziale alla cura della malattia primitiva. Le vegetazioni si distruggono col coltello, coi caustici; le placche mucose sono un sintomo di sifilide costituzionale, e danno l'indicazione di una cura generale e locale; gli ulceri si tratteranno dietro le norme che daremo più innanzi.

Come regola generale, si può dire che la blennorragia nella donna è limitata agli organi genitali esterni, o per lo meno, che non varca la cavità del collo dell'utero. Non mancano però esempj nei quali fu presa da questo processo morboso, anche la superficie interna del corpo dell'utero; si ebbero anche casi di vera metrite. Solo in via eccezionale, l'infiammazione si può estendere alle trombe falloppiane, e, lungo la continuità di tessuto, fin anche al peritoneo. Nel reperto cadaverico di un caso simile, il sig. Mercier [1] trovò una tromba falloppiana obliterata da un deposito di linfa all'estremità fimbriata, e la superficie peritoneale intorno, estesamente infiammata. West cita due casi successivi di vaginite coll' intervallo di diciotto mesi nella medesima donna, seguiti da peritoniti così gravi, da dover ricorrere ogni volta alle sottrazioni di sangue. [2]

Alcuni autori osservavano, tra le complicazioni della blennorragia nella donna, anche l'infiammazione degli ovarj, o la si paragonò all'epididimite. Abbiamo una buonissima descrizione dei sintomi dell'ovarite, in un caso riferito da Ricord. La paziente era una donna di trentadue anni, ricoverata nell'Hôpital du Midi; essa aveva una blennorragia acuta dell'utero e degli organi genitali esterni; nel decorso di questa malattia comparve d'un tratto un'ingrossamento nella fossa iliaca sinistra. La località era assai sensibile al tatto, con aumento di temperatura. Eccitamento febbrile e nau-

[1] Mém. sur la Peritonite considerée comme cause de sterilité chez les femmes; Gaz. Méd. 1838. Gaz. des Hôp. 1846.

[2] Op. cit. p. 627.

sea. L'ammalata giaceva supina, un po' inclinata a sinistra, colle cosce alquanto flesse. Lo scolo dall'uretra e dalla vagina era pressochè nullo. La pressione sul collo dell'utero, mediante il dito introdotto nella vagina, non era doloroso; ma comprimendo l'utero verso il lato destro, si destava dolore e come un senso di tensione nel legamento largo a sinistra. La compressione verso il lato sinistro, tentata por solo scopo di paragone, non produceva quasi alcun incomodo. L'uscita delle feci e dell'orina, dolorosa, come pure ogni movimento delle pareti addominali. Coll'uso dei rimedj antiflogistici, questi sintomi andarono a poco a poco diminuendo fino allo scomparire dopo circa dodici giorni, e al tempo stesso lo scolo s'accrebbe in quantità. La paziente però, poco tempo dopo fu presa da un secondo attacco al lato sinistro, coi medesimi sintomi, e ancora colla sospensione dello scolo [1].

Il mio amico Dr. Giorgio T. Elliot di questa città, mi riferì d'aver veduti due casi di cellulite pelvica, originati da blennorragia. Per quanto io sappia, questa pericolosa malattia non fu mai notata, come una delle complicazioni della blennorragia nella donna. Le parole di un osservatore tanto accurato qual' è il Dr. Elliot, sono un'autorità, hanno un grande valore; è però spiacevole che non si siano tenute note di questi casi, lo che era pur necessario per costituirli in prove indubitabili del fatto.

Diagnosi. — Innanzi l'applicazione dello speculum allo studio delle malattie veneree, la diagnosi della blennorragia nella donna fu spesso difficile, qualche volta impossibile; e s'andarono non di rado confondendo lo scolo della vaginite con quello delle varie affezioni sifilitiche dentro la vulva. Questi abbagli non succederanno più al medico edotto dei mezzi d'investigazione che possiede in oggi la scienza. Una volta riconosciuta la malattia, là cessa ogni nostra facoltà, almeno in quanto alla diagnosi. È impossibile l'andar più oltre e il volerne determinare l'origine. Alcuni autori tentarono di darci i segni diagnostici per riconoscere la blennorragia originata da contagio e quella prodotta da altre cause; tutti

[1] Note all'Hunter, pag. 107.

hanno sbagliato di gran lunga e non riuscirono a darne alcuno che fosse soddisfacente, per questa sola ragione che non ne esiste alcuno. — Nemmeno il microscopio non ci fornisce mezzi per distinguere la blennorragia vaginale dalla semplice vaginite; non si potè determinare a questo scopo nessun sintomo o nessuna combinazione di sintomi, che avesse alcun valore. [1] — L'infiammazione acuta e la presenza dell'uretrite, ponno probabilmente rendere impuro l'amplesso, ma non è però cosa certa; per trovare ciò che manca nella diagnosi fisica, bisogna ricercare nella storia del caso.

CURA. — La cura delle diverse forme di blennorragie nella donna, snbisce poche modificazioni nel periodo acuto della malattia. Invece nel periodo cronico si riscontrano un' infinità di indicazioni speciali, date dall'infiammazione delle diverse parti della membrana mucosa. La natura inoltre, non segue la classificazione che noi abbiamo creduto di adottare, nè sempre, nè nella maggior parte dei casi; per lo più si trova che sono ammalati parecchi degli organi genito-urinarj a un medesimo tempo, più comunemente la vagina e la vulva. La cura di questa nnmerosissima classe di casi, deve fermare prima d'ogni altra la nostra attenzione.

I rimedj che primeggiano nella cura del periodo acuto sono il riposo, i catartici, i bagni caldi, le lozioni e il metodo antiflogistico generale. È necessario che la malata si astenga da ogni sorta d'esercizio, meglio ancora che stia a letto; d'altronde la malattia dà tali incomodi che la malata medesima si ferma a letto senza che ve l'abbia consigliata il medico. Astenersi dalle carni e dagli stimolanti, e limitare il regime dietetico al thè debole, ai brodi, con qualche decotto di linseme o d'orzo o di riso, ecc., a meno che la malattia non abbia cominciato con sintomi miti, o che la malata sia già indebolita. Scegliendo un catartico all' esordire della malattia, io preferisco toglierlo dai mercuriali collo scopo di scaricare i vasi addominali e pelvici; l'alvo si mantiene libero ogni giorno, con piccole dosi di solfato o di citrato di magnesia o con qualche altro salino. Non bisogna dar mai nè l'aloe

[1] WEST, op. cit. p. 628.

nè alcune delle molte preparazioni che lo contengono, in quanto che favoriscono la congestione dei vasi emorroidali.

SANGUISUGHE. — È raro che si trovi necessario di sottrar sangue localmente, fuor che nei casi veramente acuti; allora si potranno applicare in vicinanza della vulva da sei a dieci sanguisughe. C'è però da fare un' opposizione non indifferente a questo mezzo, ed è, che tranne che si sia potuto fare un diligente esame vaginale collo speculum, al che non si arriva quasi mai per l'eccessiva sensibilità delle parti in questo periodo, si ha sempre il dubbio che non si nasconda qualche ulceroide entro la vulva, la secrezione del quale, inoculata nelle ferite delle sanguisughe, può dar luogo ad altrettante piaghe. Dovendo però ricorrere alle sanguisughe, sarà meglio applicarle alla parte alta degli inguini od alla regione ipogastrica dove lo scolo non arriva così facilmente; le ferite delle sanguisughe si medicheranno poi o coll'applicazione di collodion o colla cauterizzazione mediante il nitrato d'argento. [1]

BAGNI E LOZIONI. — Le malate trovano un gran giovamento nel bagno caldo ripetuto una volta o due al giorno nel periodo acuto; riordina equabilmente la circolazione generale, e giova all'infiammazione locale; si preferirà sempre il bagno generale al semicupio.

Nel tempo stesso si tengono gli organi genitali esterni continuamente bagnati da qualche lozione emolliente; si introduce frammezzo alle labbra un listello di tela imbevuta della lozione, e così si tengono separate le labbra affette e si assorbe, dalla tela, lo scolo secreto. Una formola eccellente per lozione è questa: —

Decotto di papavero un chilogrammo e mezzo.
Sotto acetato di piombo liquido diluito 500 grammi.
M.

I SEDATIVI, tra i quali primeggiano le polveri del Dover, si danno alla sera per favorire il sonno; e ad intervalli anche nella

[1] RICORD, Leçons cliniques. Gaz. des Hôp. 1846.

giornata, quando il dolore è molto forte o quando l'ammalata è nervosa ed irritabile.

Sono questi i soli mezzi che possano convenire durante il periodo acuto della malattia, specialmente se è interessata anche la vulva; in tal caso non si ponno fare le injezioni, perchè l'introduzione del tubo della siringa è troppo dolorosa.

Injezioni. — Quando l'infiammaziono è specialmente limitata alla vagina, ogni due o tre ore si injetta nel canale vaginale una parte della lozione della quale abbiamo data or ora la formola; anzi in alcuni casi a tipo subacuto si deve dar tosto mano alle injezioni fin dall'esordire della malattia. Appena poi lo permetta la sensibilità delle parti, si introdurrà uno speculum per verificare se ci sia o meno qualche ulcero.

Non è senza importanza il dire sulla siringa e sul modo di fare le injezioni. I piccoli instrumenti di metallo o di vetro quali sono in uso comunemente, sono affatto inservibili per lavar via lo scolo. I principj astringenti della prima porzione del fluido injettato, vanno perduti nel coagulare la materia purulenta raccolta in vagina. Per lavar via i coaguli così formati, e per ottenere un effetto terapeutico sulla membrana mucosa, bisogna che la quantità del liquido injettato non sia minore di mezzo chilogrammo. Una siringa a pompa, o meglio ancora, una delle siringhe di Davidson o di Mattson fatte di gomma elastica e munite di valvole metalliche servono benissimo, in modo che l'ammalata può injettarsi quella qualunque quantità di liquido, introducendo il tubo una sol volta tanto. Nel fare l'injeziono, l'ammalata deve giacere sul dorso colla pelvi alquanto elevata, diversamente il liquido refluisce non appena injettato e difficilmente può arrivare alle parti profonde del canale. Adoperando poi una padella, si può osservare la più rigorosa mondezza, evitando di bagnare o il letto, o il pavimento, o gli abiti.

Generalmente parlando, le injezioni che si adoperano nella donna sono di maggiore forza che nell'uomo, e le si adoperano anche d'una composizione più semplice. Onde evitare l'incomodo di ricorrere allo speziale ogni volta che s'ha a fare una injezione, e, trattandosi di poveri, onde risparmiare la spesa delle manipolazioni, si può benissimo dire alla paziente di provvedersi d'una certa

quantità di ingrediente solido, che si scioglie poi volta per volta all'occasione. Il medico deve dare le necessarie istruzioni onde la malata sappia misurare la quantità di ingrediente con una certa precisione. Per esempio, un cucchiajo da caffè pieno, o, in altre parole, quanto più si può prendere su un cucchiajo da caffè degli ingredienti più comuni per injezioni, equivale a un di presso a: —

3 grammi di allume.
6 grammi di solfato di zinco.
3 grammi di acetato di zinco.
9 grammi di sottoacetato di piombo.
2 grammi di tannino.

La proporzione media è da tre a sei grammi di ciascuno di questi sali per mezzo chilogrammo di liquido; proporzione che va però modificata a seconda dell'effetto che se ne ottiene, e secondo la sensibilità delle parti. Qualora si osservasse che il dolore è troppo forte o che dura troppo, si diminuisce la forza della soluzione, per riprenderla poi quando la sensibilità sarà diventata minore. Ripeterò anche qui ciò che già dissi, parlando delle injezioni nell'uomo, che i giovani pratici perdono sovente un tempo preziosissimo nel vagare dall' una all' altra formola; non mancano casi è vero, nei quali si sostituì con vantaggio un'injezione ad un'altra che pareva andasse perdendo di effetto; tuttavia non si dovrà mai fare cambiamento alcuno di ingrediente, tranne quando si è sicuri che il poco o nessun effetto non dipende dalla manualità dell'injezione, nè da qualche causa costituzionale; oppure quando la soluzione, ancorchè diluita, eccita un dolore insopportabile o malessere eccessivo.

Appena che la remittenza dei sintomi più acuti, fa che si possa tollerare l'introduzione d'un becco di clistere, si fanno delle injezioni di tre grammi di allume sciolti in mezzo chilogrammo di decotto di linseme; si comincia a injettare il liquido caldo, e se ne va poi diminuendo a poco a poco la temperatura fino al freddo. Nello stadio cronico della vaginite, giovano assai anche le injezioni di sola acqua fredda; non solo valgono a lavare le parti, ma esercitano un'influenza tonica sulla vagina e sugli organi lì intorno.

L'effetto di queste injezioni fredde, cresce coll'aggiungere dell'allume o qualch' altro dei sali che indicammo. Se ne fanno due o tre al giorno, e si omettono ben inteso, durante il periodo dei menstrui.

Un' eccellente formola di injezione che io prescrissi molte volte vantaggiosamente è la combinazione del tannino coll' allume, come fu raccomandato dal Dr. Tyler Smith. [1] La proporzione è di uno a tre grammi pel tannino e sei per l'allume in mezzo chilogrammo d'acqua. Colla decomposizione chimica si forma un tannato di allumina. Bisogna ricordarsi ed avvertire la malata, che il tannino e i sali che lo contengono, macchiano le biancherie press'a poco come il nitrato d'argento; ond' è che molte donne non sanno risolversi ad usarne. Mi sono anche valso, con risultati soddisfacenti, di injezioni di solfato ed acetato di zinco e di sottoacetato di piombo. Quando lo scolo sia molto corrosivo, si può injettare la soluzione Labarraque di cloruro di soda diluito in otto a dodici parti d' acqua. Alcuni medici hanno una particolare predilezione per la soluzione di cloruro di zinco, nella dose di 5 a 15 centigrammi per 30 grammi d' acqua. Parlando della blennorragia uretrale nell' uomo, ho già espresso il mio pensamento quanto a questa preparazione di zinco. [2]

La seguente formola, intesa come surrogato al vino aromatico della Farmacopea francese, è una delle migliori injezioni: —

Vino
Spirito composto di lavanda, ana grammi 150.
Tintura d'opio grammi 15.
Acqua grammi 100.
Tannino grammi 3-30.
M.

Io prescrivo ordinariamente due cucchiaj di questa mistura in un bicchier d'acqua, crescendone a poco a poco la forza.

Raro è ch' io prescriva una soluzione di nitrato d' argento per uso speciale della malata; invece l' applico sovente io stesso alle

[1] Pathology and Treatment of Leucorrhœa, p. 183.
[2] V. p. 73.

pareti vaginali, introducendo prima uno speculum di vetro fino al collo dell'utero, e spingendo alcune dramme di soluzione per mezzo dell'instrumento. Ritirando lo speculum adagio adagio, il fluido viene in contatto con tutta l' estensione della superficie vaginale. Questo metodo è per me di un merito speciale; se la paziente giace sul dorso colla pelvi alquanto elevata, e se lo speculum è abbastanza largo, la forza di gravità attira la soluzione in ogni recesso della vagina dilatata, la mette a contatto con tutta la superficie mucosa vaginale, e, fino un certo punto, anche colla cavità della cervice. Prima di introdurre lo speculum si lavano le pareti con copiose injezioni di acqua semplice. Con questo metodo, il medico applicherà ogni terzo o quarto giorno una soluzione di nitrato d' argento che contenga da uno a tre grammi di nitrato per 30 d' acqua; e intanto la malata, continuerà nell' uso di deboli injezioni astringenti due volte al giorno.

In alcuni casi che non migliorano colla soluzione di nitrato d'argento, si ricorre all'applicazione del nitrato solido, metodo di cura favorito dai francesi. Si mettono allo scoperto le più profonde ripiegature della vagina, mediante uno speculum bivalve; ritirando allora a poco a poco l' instrumento, si applica il caustico sulla membrana mucosa che riveste la cervice, e, mano mano che vien lasciata scoperta dallo speculum, sulla mucosa delle pareti vaginali. Qualche volta si preferisce la tintura di iodio applicata alla superficie mucosa con un pennello di peli di cammello, portato da un bastoncino abbastanza lungo. [1]

Separazione delle superficie infiammate. — Il contatto della materia purulenta colla membrana mucosa degli organi genitali è senza dubbio una sorgente costante di irritazione, e basta

[1] La soluzione argentica (Azotato d' argento grammi 6. Acq. di fonte distill. grammi 300) e iodica (Tintura alcool. di iodio grammi 100. Joduro di potassio grammi 6. Acq. di fonte distill. grammi 250) applicata, mediante lo speculo ed un pennello, è sommamente efficace nella vaginite cronica e granulosa: l'ho impiegata molte volte e sto adoperandola tuttavia con esito vantaggioso; essa deve essere applicata due volte al giorno dopo aver preventivamente lavata la vagina con un irrigatore ad acqua. Si isolano in seguito con filaticcio asciutto le pareti vaginali.

A. Ricordi.

forse a spiegare certe abrasioni superficiali, ed altre lesioni che si riscontrano all'esplorazione collo speculum. La raccolta e la ritensione del pus sulla cute esterna, ne escoria tosto la superficie; e tanto più si può credere che il pus agisca con tale effetto, sulla membrana mucosa ancor più delicata del comune integumento. Le abrasioni, una volta formate, accrescono la quantità dello scolo colla loro stessa secrezione, e così l'una reagisce sull'altra e tutt'e due tirano in lungo la malattia. A questo danno si rimedia facilmente nella balanite come nella vulvite, coll'interporre fra le superficie infiammate qualche sostanza porosa, che assorbe lo scolo non appena secreto, e bagnata se si vuole in qualche lozione astringente, onde esercitare sulla membrana mucosa un'azione medicatrice costante. Si può giungere al medesimo risultato anche nella vaginite, e si tentò di ottenerlo anche nella blennorragia della cervice. [1] A questo scopo si adoperò qualche volta un pezzo di tela ripiegato; ma è preferibile un piumacciuolo di filacce o di cotone scardassato, perchè è più elastico ed assorbe meglio; lo si attacca ad un filo, onde facilitarne l'estrazione. Il volume di questo tampone deve essere proporzionato alle dimensioni della vagina in ciascun caso, e varia nel diametro da due a cinque centimetri. Qualche volta è medicato; qualch'altra no. Nel primo caso, la sostanza medicinale può essere una polvere assorbente od astringente per esempio il sottocarbonato di calce, il sottonitrato di bismuto, la calamina, il tannino, l'allume polverizzato, ecc., o può essere una qualche lozione, di quelle che abbiamo consigliate per le injezioni nell'uomo o nella donna. La calamina e la polvere d'allume sono le migliori preparazioni secche; il miglior liquido astringente, è una soluzione di 3 a 6 grammi di tannino in 30 grammi di glicerina. Il tampone lo introduce il medico stesso per mezzo di uno speculum, oppure si insegna alla malata di introdurlo con un dito o con uno stiletto. Lo si estrae dopo dodici ore per lavare la vagina con abbondanti injezioni; dopo di che si introduce un nuovo tampone.

Scanzoni adopera un tampone di cotone spolverato di polvere

[1] Hourmann, Du Tamponnement comme Méthode de Traitement des Écoulements Utéro-vaginaux. Journ. des connaissances Medico-Chir., marzo, 1841, p. 89.

d'allume, puro o misto ad una o due parti di zucchero. L'allume puro, alla seconda o alla terza applicazione, eccita facilmente una spiacevolissima sensazione di caldo o di costrizione della vagina, per lo che bisogna poi sospendere la cura per una settimana o due; ond'è che non lo si deve adoperar puro, a meno che le parti siano affatto insensibili; si incomincerà pertanto provando, con una mescolanza di allume e di zucchero. Il tampone così preparato, non lo si deve applicare che ogni secondo o terzo giorno, non lo si lascia dentro più di dodici ore, ed appena estratto si fanno delle injezioni di acqua calda. Non osservando queste regole, si avrà il dispiacere di vedere eccitata un'infiammazione acuta di carattere imponente, e lo scolo aumentare invece di diminuire. [1]

Demarquay consiglia il tampone imbevuto in una soluzione di una parte di tannino e quattro di glicerina. Egli insegna: prima di tutto, di soggiogare i sintomi infiammatorj del periodo acuto con un regime conveniente, i bagni e le ripetute injezioni emollienti; poi appena che si può introdurre lo speculum, injettare dell'acqua pura a larghe dosi, onde rimuovere la secrezione dalle pareti vaginali, che poi si asciugano con una piccola scopa; e finalmento di introdurre dei tamponi di filacce, saturi di una miscela di tannino e glicerina. Il giorno appresso si ordina un bagno, si tolgono i tamponi vecchi, si ripetono le injezioni, e si introducono altri tamponi. Demarquay ci dice ch'egli non trovò mai necessario di rinnovare queste applicazioni più di quattro o cinque volte. Prima di lasciarle affatto, si continua per otto o dieci giorni, a fare due o tre volte al giorno delle injezioni astringenti di infusione di foglia di noce con dentro 3 grammi di allume ogni chilogrammo di liquido. [2] Il principio attivo dell'infusione di foglie di noci consigliato da Demarquay, è il tannino; la soluzione quindi di allume e tannino nell'acqua semplice della quale abbiamo già data la formola, è un eccellente surrogato.

Thiry mette allo scoperto con uno speculum, le pareti vaginali; cauterizza la superficie, se è molto infiammata, col nitrato d'argento solido; quindi la spolverizza di carbone o di china triturati

[1] Op. cit., p. 456.

[2] Bulletin de Thérapeut., tomo I, p. 541.

finamente e introduce un tampone, lasciandovelo per tre o quattro ore. [1]

Simpson di Edimburgo, propose un modo efficace di mantenere una sostanza astringente a costante contatto colle pareti vaginali, col mezzo di pessarj, preparati colle seguenti formole: —

Acido tannico grammi 2.
Cera bianca grammi 5.
Grasso depurato grammi 18.
M. dividi in quattro parti.

Allume grammi 3.
Polvere di catechu grammi 3.
Cera gialla grammi 1.
Grasso grammi 20.
M. dividi in quattro parti. [2]

SEMICUPIO. — Il semicupio preso nella mattina è uno dei mezzi che favoriscono la cura della vaginite cronica. La temperatura del bagno, deve essere stabilita in parte dalla stagione ed in parte dalla costituzione, dall'abito della paziente. È bene cominciare coll'acqua tiepida, ed abbassare a poco a poco la temperatura, secondo che il corpo vi si abitua: però non devono essere nè così freddi, nè continuati così a lungo, da lasciare nella malata una sensazione di freddo per qualche tempo dopo; si promuova la reazione locale facendo delle fregagioni con una salvietta di tela ruvida, o con una spazzola. Questi bagni si possono rendere ancor più attivi coll'aggiungere una manata di sal comune per ogni secchio d'acqua. Alcuni autori raccomandano anche gli astringenti, come per esempio l'allume, nella proporzione di mezza libbra ogni bagno.

IGIENE. — Il regime igienico del caso, è sempre d'una certa importanza, trattandosi di vaginite cronica. Col rimettere dei sin-

[1] Journ. de Méd. de Bruxelles, febb. 1854.
[2] Edinb. Month. Journ. giugno 1848, ed Obstetric Works, p. 98.

tomi infiammatorj del periodo acuto, si concederà una dieta alquanto più larga e una maggior libertà di moto; ma si dovrà evitare tuttavia l'esercizio vivo o prolungato, e sopratutto ogni eccitamento genitale; moderazione nel passeggiare ed anche nello stare in piedi per un certo tempo. Non si possono dare regole assolute quanto alla dieta; la si dovrà adattare alle abitudini, alle circostanze dell'individuo. In generale però, il cibo dev'essere semplice, abbastanza nutriente, e preso regolarmente ad ore fissate. I cibi conservati, le paste, le carni salate, il formaggio, il the e il caffè carico si devono lasciar da parte, e preferire invece il pane, le uova, la carne fresca, i vegetali, o simili. Si manterrà regolato l'intestino, e se fa bisogno, con qualche piccola dose di un catartico salino preso alla mattina; insomma si adotteranno tutti quei mezzi che conducono l'organismo alla miglior condizione. Quest'ultimo precetto prescrive il giusto mezzo; nè stimolar troppo l'organismo, nè troppo deprimerlo. D'altra parte sono pochi i casi di vaginite cronica che non richiedano di sostenere l'organismo, e nei quali non siano indicati o presto o tardi, o gli acidi minerali, o i preparati di ferro, o i tonici vegetali, o il chinino, od anche gli stimolanti. Non è vero che ci sia incoerenza nell'abbattere con una mano e al tempo stesso ricostituire coll'altra; applicar sanguisughe per esempio al collo dell'utero, sgorgare i vasi pelvici coi catartici, e intanto somministrare i tonici per rialzare il tono generale dell'organismo. Così appunto si deve fare specialmente colle donne corpulente, di abitudini sedentarie, le condizioni organiche delle quali, invece di essere sane fin di troppo come parrebbe, sono in realtà assai povere. Rimanderò il lettore al capitolo sulla blennorrea, e là si troverà detto molto su quanto può occorrere anche nel trattamento igienico della vaginite cronica, la quale è un processo analogo a quello della blennorrea. In ambedue queste affezioni, se pur si vogliono ottenere risultati duraturi, la cura locale deve procedere di pari passo colla cura generale.

Quelle stesse formole pei varj tonici, che abbiamo già date trattando di questa malattia nell'uomo, possono tornare utilissime anche nella donna. La sola che aggiungerò ora, è la combinazione di un tonico, di un catartico e di un astringente, formola vecchia ma buona; la si può inoltre avere a basso prezzo, per lo che è

assai conveniente per le persone della classe povera; chi si trova in migliori circostanze può scegliere o le polveri di Scidlitz o il citrato di magnesia preso alla mattina, e le *drageés* di ferro date poco prima o subito dopo il pasto.

Solfato di magnesia grammi 45.
Solfato di ferro grammi 2.
Acido solforico gocce 10.
Infusione di genziana comp. grammi 500.
M.
Un cucchiajo due o tre volte al giorno.

Nelle blennorragie della vulva, le lozioni si possono applicare con molta facilità; e si tengono separate le superficie anche qui coll'intromettere delle filacce o della tela. Spesso giova la cauterizzazione col nitrato d'argento solido o con una soluzione di questo sale. Col riposo, coi catartici e il regime antiflogistico, ed anche collo sanguisughe lì vicino, si giunge qualche volta ad ottenere la risoluzione di un ascesso appena incominciato alla ghiandola od al condotto vulvo-vaginale; stabilitasi la suppurazione, bisogna tosto darle esito coll'aprire l'ascesso. Ricord e Vidal consigliano di fare l'incisione sulla superficie interna del labbro per evitare che la cavità dell'ascesso venga contaminata dall'orina e dallo scolo, quindi irritata e ritardatane la guarigione. L'incisione fatta qui, non impedisce però l'apertura spontanea sulla superficie mucosa, dove tende naturalmente l'ascesso. [1] Si può benissimo impedire che la materia entri nella cavità dell'ascesso, secondo il modo di aprirlo; si fa una piccola incisione sul lato interno ed inferiore del tumore, dirigendo il coltello alquanto all'insù in modo che il taglio riesca a guisa di valvola; e seguendo la pratica di lasciar svuotare l'ascesso, per contrazione delle sue stesse pareti senza esercitarvi alcuna pressione. Caso mai l'ascesso si ripetesse, bisogna determinarne esattamente la sede; se occupa il condotto lo si apre con un'ampia incisione e si riempie la cavità con delle filacce; se ha sede nella ghiandola, la si esporta. Mi provai varie volte, a cu-

[1] Huguier, op. cit. p. 843.

rare questi ascessi coll'introduzione di un setone, ma non sono mai riuscito alla guarigione.

Se dopo un decorso di vulvite, c'è ancora uno scolo purulento dal condotto vulvo-vaginale, vi si injetta una soluzione di nitrato d'argento per mezzo di una siringa d'Anel; il che si può fare anche nei casi descritti da Salmon quando questo condotto è affetto primitivamente.

Nella blennorragia dell'utero, si cauterizza la cavità cervicale col nitrato d'argento solido, portandolo più in alto che si può; si adopera a questo scopo uno speculum, e prima di applicare il caustico si toglie via la secrezione muco-purulenta valendosi delle piccole scope di filacce o di cotone scardassato. Onde impedire che il nitrato d'argento si rompa entro l'utero (accidente che per altro non induce gravi conseguenze), preparando i bastoncini, si aggiunge al nitrato d'argento, del nitrato di potassa o del cloruro d'argento, che aumentano la solidità del bastoncino senza alterare l'azione terapeutica. Questa cauterizzazione dev'essere ripetuta ogni terzo o quarto giorno; intanto si continuano le injezioni astringenti, coll'avvertenza di spingerle più in su che si può. Nei casi ostinati, si applica nello stesso modo la tintura satura di iodio, il lapis di potassa con calce, o il nitrato acido di mercurio, parimenti nella cavità cervicale; quando si adoperano i caustici più energici, si abbia la massima cura di non offendere la porzion superiore della vagina.

Nella cura della blennorragia della cervice, si consigliarono le injezioni intrauterine, specialmente da Vidal de Cassis; [1] ma qualche volta se ne ebbero peritoniti imponenti ed anche fatali; probabilmente perchè il fluido arrivò nella cavità addominale per la via delle trombe fallopiane; il che fu dimostrato possibile, dagli esperimenti sul cadavere, fatti da Bretonneau, Hourmann, d'Astros ed altri. Da qualcuna delle loro osservazioni, parrebbe che il liquido injettato possa anche venir portato nel circolo venoso. [2] Queste injezioni intra-uterine, sono ormai abbandonate da tutti.

[1] Essai sur le Traitement de quelques Mal. de l'Ut., Injec. Intra-vagin. et intra-ut. Paris, 1840.

[2] Hourmann. Note sur le danger des inject. faites dans l'utérus. Journ. de Connaiss. Med.-Chir. luglio 1840, p. 22.

Quando, nella blennorragia della vagina o dell'utero, si trova che il collo uterino è ingrossato e congesto, vi si applicano da quattro a sei sanguisughe. Se ne trova l'indicazione specialmente in principio della cura, e si troverà forse di doverle ripetere una o due volte coll'intervallo di una settimana; non bisogna però abusarne fino a indebolire l'ammalata. Le applicherà il medico stesso, avvertendo di tamponare dapprima la bocca dell'utero perchè le sanguisughe non si attacchino là dentro; la loro ferita su questa mucosa sensibile sarebbe troppo dolorosa. Caso mai se ne avesse un'eccessiva perdita di sangue, la si può frenare colle injezioni fredde di una soluzione di allume. [1]

Il periodo acuto ha una durata così breve, da richiedere pochissima cura speciale. Nella maggior parte dei casi, bastano i mezzi che si dirigono contro la concomitante infiammazione della vulva, della vagina o dell'utero; o quanto mai, si ricorre a un qualche alcalino o a qualche sale neutro, o a un sedativo, i quali sono sufficienti a determinare un deciso miglioramento o a far scomparire affatto tale malattia. Quando ciò non si ottiene con questi mezzi, io non dubito di ricorrere alle injezioni, come nell'infiammazione dell'uretra maschile; ma siccome queste injezioni non le può fare la malata, necessariamente le deve fare il medico. Quanto al loro principio attivo si sceglie un sale di piombo o di zinco, o il tannino, o il nitrato d'argento nella dose di 50-100 centigrammi per 30 grammi d'acqua, injettandone quattro o sei grammi per volta. Avendo cura che la vescica sia affatto vuota, non si ha a temere alcun inconveniente.

In questa affezione si possono anche dare internamente il copaive o il cubebe, nei modi che abbiamo detti per l'uomo. Gli

[1] Le alterazioni di tessuto del collo uterino, si guariscono anch'esse colle cauterizzazioni superficiali o profonde secondo il caso, cauterizzazioni che si ripetono per lo più a giorni alterni per lasciar tempo alla caduta dell'escara. Si impiega vantaggiosamente il nitrato d'argento solido, la soluzione di sublimato corrosivo portata sulla porzione vaginale dell'utero mediante filaticcio di essa imbevuto, il nitrato acido di mercurio, la polvere di allume o di solfato di rame, nei casi nei quali le fungosità fossero molto pronunciate. Di raro si è costretti a ricorrere al cauterio attuale.

A. Ricordi.

esperimenti di Ricord hanno mostrato che il loro effetto, nella blennorragia di quelle porzioni di mucosa non percorsa dalla corrente dell'orina è così leggiero, che queste droghe sono pressochè inutili nella cura della vaginite o della vulvite. Infatti se ne può benissimo far senza in tutte le forme di blennorragia nella donna. [1]

[1] Ho già fatto rimarcare più addietro (Vedi Nota 2 pag. 114) come si fossero già ottenuti vantaggiosi effetti dall'applicazione dell'iodio nell'uretrite della donna. L'instrumento che si adopera è lo stiletto, sul capo bottonuto del quale si è avvolto del cotone a foggia di oliva. Nella donna la manualità è facilissima essendo che l'uretra è più larga, più corta e quasi retta a differenza che nell'uomo. Dopo aver immersa l'oliva nella tintura iodica la si introduce e la si spinge fino all'entrata dell'uretra in vescica. Con questa medicazione e coll'amministrazione interna degli antiblennorragici, ho constatato essere più presta la guarigione. Invece della tintura di iodio col medesimo instrumento si può portare nell'uretra femminile un'altra soluzione qualsiasi, caustica od astringente; mi pare che il mezzo dello stiletto, sia anche da preferirsi all'injezione perchè non c'è pericolo che il liquido medicato entri in vescica, poi perchè l'oliva nell'entrare e nell'uscire dilata meglio le pieghe mucose del canale, perchè si è sicuri che il medicamento è portato su tutta la sua superficie interna; da ultimo perchè di più facile e semplice applicazione.

A. Ricordi.

CAPITOLO DECIMO

OTTALMIA BLENNORRAGICA.

Si assegnarono tre modi di origine all'ottalmia blennorragica cioè: l'inoculazione, la metastasi e la simpatia; ognuna di queste origini fu tenuta da alcuni autori, ad epoche diverse, come l'unico modo di origine dell'ottalmia blennorragica.

Al giorno d'oggi non si può più dubitare dell'ottalmia blennorragica da inoculazione o contagio. I molti casi riferiti da Mackenzie, da Lawrence e da quasi tutti i moderni scrittori di ottalmologia, non ci lasciano più alcun dubbio che la secrezione della blennorragia applicata alla congiuntiva oculare, possa stabilirvi una forma di infiammazione grave e distruttiva, simile, se pure non identica, a quella della congiuntivite purulenta. [1] Ma, oltre a questi casi nei quali l'inoculazione fu il risultato di un accidente, s'hanno altre prove nella cura del panno adottata da pochi anni dai medici specialmente Francesi e di Germania; in questo metodo di cura si innestano appositamente gli occhi col pus della blennorragia. Si trasportò la secrezione degli organi genitali, in occhi ammalati di panno, allo scopo di eccitarvi un processo di infiammazione acuta, il quale si sperava, avrebbe potuto guarire la malattia cronica.

[1] È certo che chi legge le descrizioni dell'ottalmia purulenta e della ottalmia blennorragica che trovansi sui moderni trattati di ottalmografia e di sifilografia, trova una tale analogia fra queste due malattie, sì pel loro modo di sviluppo che per il loro andamento, per gli esiti e per la terapia, che è naturalmente portato ad ammettere un'identica affezione, che la sola eziologia può scolasticamente scindere. Anche l'ottalmia dei bambini, sebbene descritta a parte dai trattatisti, è affatto simile alla blennorragica ed alla purulenta. Se si intralascia di indagare la causa della malattia, non riesce possibile di fare una diagnosi differenziale basandola sul solo esame dell'occhio.

A. Ricordi.

Quantunque fossero dubbj i risultati di un tal procedere in quanto interessa lo scopo prefisso, non si ebbe alcuna difficoltà a determinare un'infiammazione acuta mediante questa inoculazione. Dopo tali fatti non è più permesso il dubitare dell'ottalmia blennorragica da contagio; bisogna ammetterla; anzi, tranne poche eccezioni, quasi tutti i medici d'oggi ritengono, che l'inoculazione diretta sia il solo modo di origine di quella forma distruttiva di congiuntivite purulenta che qualche volta accompagna la blennorragia.

L'idea dell'origine metastasica dell'ottalmia blennorragica, fu emessa pel primo da Saint Yves il quale non ne ammetteva altre come si rileva dal suo capitolo: sull'Ottalmia venerea;[1] è un capitolo così breve, esatto e interessante ch'io voglio metterlo quì per esteso:

— Questa decima specie di ottalmia, ha quasi i medesimi segni della precedente (la più pericolosa delle ottalmie, detta chemosi), con questa differenza, che la congiuntiva ingrossata appare dura e carnosa. Incomincia con uno scolo costante dall'occhio, di una materia bianco-giallastra. Questa malattia che dipende da cause veneree, è assai rara; io ne viddi però varj casi. Nella maggior parte di essi, si manifestò due giorni dopo una blennorragia virulenta; la materia non uscendo fuori tutta dalle solite vie, venne trasportata all'occhio, dal quale colava una materia analoga, che macchiava la biancheria nel modo stesso di quella che scola dalle solite vie. —

L'ottalmia blennorragica da metastasi, così spiegata, implica il trasporto della malattia dagli organi genitali all'occhio. Ma per provarne la verità bisognerebbe produrre esempj indubitabili, nei quali lo scolo uretrale abbia di molto diminuito o sia cessato prima che si manifestasse l'infiammazione delle tonache oculari. Invece non si sono addutti che pochissimi esempj i quali adempissero a tali condizioni; ed anche questi pochi di carattere così dubbio, che l'idea dell'origine metastasica dell'ottalmia blennorragica venne ormai abbandonata affatto o quasi.

Si hanno invece numerose storie di blennorragie accompagnate

[1] De Saint Yves, Nouv. Traité des Malad. des Yeux, Paris 1722.

da questa malattia oculare, nelle quali le circostanze del caso non ci lasciano ammettere la diretta inoculazione, e ci offrivano sintomi e decorso dell'ottalmia, affatto diversi da quelli dell'ottalmia blennorragica da contagio. Nel qualificare questi casi si volle rigettare l'idea della metastasi e si applicò invece quella di simpatia, come espressione meglio conveniente, piuttosto che per indicarne il modo di origine.

Nel prossimo capitolo tenterò di dimostrare come, tutti quei casi di ottalmia blennorragica che si dissero metastatici o simpatici, altro non siano che una manifestazione del reumatismo blennorragico, il quale, come il reumatismo comune, può interessare parecchi tessuti oculari.

Ora prenderò a considerare l'ottalmia blennorragica generata da contagio, analoga alla congiuntivite purulenta.

Frequenza. — Dopo l'epididimito, l'ottalmia blennorragica è la più frequente tra le complicazioni della blennorragia; pure considerando quanto sia comune quest'ultima malattia, bisogna confessare che l'ottalmia blennorragica è, comparativamente, una malattia rara. La tavola seguente espone il numero dei casi d'ottalmia blennorragica, riecevuti all'Ospedale ottalmico di Nuova York, nel periodo di quindici anni consecutivi, colla proporzione dei casi relativamente al numero totale dei malati.

ANNO.	TOTALE DEI PAZIENTI.	CASI DI OTTALMIA BLENNORRAGICA.
1845	1366	2
1846	1245	3
1847	1485	2
1848	1815	5
1849	1902	3
1850	2082	3
1851	2472	6
1852	2732	7
1853	2719	5
1854	2635	6
1855	2652	5

1856	2634	4
1857	3216	3
1858	3908	2
1859	4171	3
Totale	37034	59

Da queste cifre rileviamo che i casi di ottalmia blennorragica, paragonati al totale degli ammalati per affezioni d' occhi curati in questo stabilimento, stanno come 1 a 628. Non abbiamo alcuna statistica per determinare la proporzione di questa malattia col numero totale dei casi di blennorragia; io però credo, che ogni medico sarà indotto dalla propria esperienza a ritenere, che questa proporzione non è maggiore di quella che abbiamo dato or ora, giacchè la blennorragia è a un di presso della medesima frequenza che le malattie oculari, tutte comprese.

Cause. — La sostanza contagiosa che produsse in un dato individuo l'infiammazione acuta della congiuntiva, può essere derivata o dagli organi genitali dell'individuo stesso o dall'altro occhio già affetto da ottalmia blennorragica; come pure può aver avuto origine dai genitali, o dalla congiuntiva d'altra persona. Un tempo prevalse l'opinione, nata da Vetch, [1] che il pus della blennorragia fosse innocuo applicato all' occhio dell' individuo che la porta. Vetch dedusse questa conclusione dagli infruttuosi tentativi ch' egli fece per inoculare l'uretra di persone che avevano l' ottalmia blennorragica, colla secrezione della loro congiuntiva, nella speranza di divertire la malattia dall'occhio all'uretra. Nel tempo stesso riuscì a produrre l'uretrite in un altro paziente, applicandogli al meato dell'uretra la secrezione presa dall' occhio di un altro individuo. Si trovò poi che i risultati di tali esperimenti hanno assai poca importanza, ed è ora indubitato che la fonte d'onde deriva la secrezione, non ne influenza la facoltà di con-

[1] Pratical Treatise on the Diseases of the Eye, London 1820.

tagio. Nella maggior parte dei casi citati di questa malattia, l'ottalmia fu prodotta per opera dei pazienti modesimi, per essersi lavati gli occhi colla loro orina dove c'era del pus blennorragico, o per essersi applicata in qualsiasi altro modo la secrezione loro. [1]

Le abitudini individuali delle persone affette da blennorragia, e il grado di intimità fra i membri di una modesima famiglia, voglion dir molto nel determinare la frequenza dell'infezione. Fra i poveri dove è negletta la nettezza, dove sono comuni i vasi, le biancherie, l'ottalmia blennorragica si comunica facilmente dall'uno all'altro individuo, fino ad infettare tutti i membri di una medesima famiglia.

Ricord dice di non aver mai veduta l'ottalmia blennorragica prodotta dalla secrezione d'altre parte degli organi genitali, fuor che dell'uretra, e che non seppe mai che la fosse derivata dal pus della balanite o della vaginite. V'ha però ragione a credere, che un semplice scolo vaginale sia capace di eccitare l'ottalmia blennorragica.

È certo che l'ottalmia dei neonati è spesso cagionata dall'inoculazione negli occhi del bambino, dello scolo leucorroico della madre. Ebbi ad osservare ripetutamente delle gravi congiuntiviti purulente, in ragazzine che avevano quella tal forma di vaginite che prende qualche volta le ragazze, indipendentemente dal contagio; furono abilmente curate dal Dr. Wilde di Dublino. I trattati delle malattie oculari citano casi analoghi, e il Dr. Jüngken ne riferisco

[1] Fatti incontestabili di diretto contagio, venivano già citati dallo Swediaur e dall'Astruc, di individui che ammalati di uretrite si erano lavati gli occhi colle proprie orine: fatti che sventuratamente vanno ripetendosi per pregiudizio popolare anche tuttodì, specialmente nei militari. F. Cunier ha constatata l'inoculazione in questo modo, 45 volte sopra 84 casi di ottalmia blennorragica; molti altri che si sono occupati del soggetto fecero simili osservazioni.

Racconta l'A. Cullerier un fatto assai curioso e che dimostra ad evidenza il contagio: Un individuo che portava da qualche tempo un'occhio di smalto ebbe un'uretrite; metteva abitualmente la sera l'occhio artificiale in un bicchiere che gli serviva per fare i peniluvj: in questo modo la membrana mucosa che tapezzava l'orbita del moncone oculare venne presa da una violenta infiammazione con dolori violenti e scolo verdastro abbondante. Ricord comunicava oralmente al Cullerier un'altra osservazione consimile.

A. Ricordi.

uno, sul quale l'ottalmia ebbe origine in questo modo, e si comunicò a sette individui di una famiglia. [1] [2]

[1] Ann. d'Oculist. 8ª serie, t. 1., pag. 355.

[2] È strano come il Ricord abbia sostenuto e sostenga che il solo muco-pus dell'uretrite possa dar luogo per inoculazione, all'ottalmia blennorragica; nel mentre che lasciò scritto nelle sue note sull' Hunter: — L'ophtalmie des nouveaunés semblerait être une exception à cette règle (che cioè è il solo muco-pus dell'uretrite la causa obbligata dall'ottalmia in discorso) si elle n'était ordinairement due à d'autres causes — La parola ordinariamente, equivale a: più delle volte, e se Ricord ammette che il più delle volte l'ottalmia dei bambini non è dovuta alla materia blennorragica segreta dalla vagina ch' essi attraversano durante il parto, ciò non toglie che qualche rara volta può dipendere esclusivamente da essa. Questa interpretazione abbastanza ovvia, viene anche corroborata da un'altra frase del Ricord che viene immediatamente dopo la già citata — Cependant, il n'est pas impossible qu'en traversant les organes génitaux de la mère, les yeux de l'enfant ne soient souillés par des matières irritantes capables de les enflammer. — Queste materie irritanti che possono trovarsi in vagina sono precipuamente rappresentate dagli scoli vaginali. È riconosciuto adunque che l'ottalmia dei bambini è anche prodotta dal muco-pus vaginale. E l'A. Cullerier nel mentre che vorrebbe che la causa obbligata dell'ottalmia blennorragica fosse il solo scolo che viene dall'uretra, — le pus de l'urèthre seul peut produire la maladie (l'ottalmia) — parlando del diagnostico dell'ottalmia blennorragica si esprime contraditoriamente con queste parole: — l'absence d'épidémie, l' apparition rapide de l'affection, l'esistence d'un vaginite et surtout d'une urèthrite chez la mère, pourrait faire croire à une blennorrhagie oculaire, contractée au passage. — (A. Cullerier, Precis. Iconograph. des Malad. Vénér). Le osservazioni del Bumstead, di gravi congiuntiviti purulente in ragazzine aventi una vaginite indipendente dal contagio, quelle dell'Jüngken e d'altri, provano ad evidenza che non è il segreto uretrale la sola causa dell'ottalmia blennorragica. Ed infatti non si saprebbe per qual motivo il muco-pus vaginale che è contagioso per l'uretra maschile, non possa esserlo anche per una congiuntiva: e tanto più che quì non si fa questione sulla virulenza, dirò blennorragica o meno, del muco-pus, poichè si ammette unanimemente che la fonte alla quale si è attinta l'uretrite non apporta differenza alcuna sulla sua contagiosità in confronto della congiuntiva oculare. Ricord ha veduto ottalmie gravissime determinate da uretriti contratte in amplesso con donna avente un catarro uterino purulento, ed in corso di menstruazione, oppure in circostanze nelle quali la donna non presentava alcun che da poter giustificare lo scolo nell' uomo; ciò che avviene di frequente. E quì si tratta di uretriti che, coloro i quali ammettono l'esistenza del virus blennorragico, chiamano semplici! Dunque si può ammettere ragionevolmente che il muco-pus blennorragico proveniente da mucose capaci di blennorragia, portato nell'occhio può destare l'ottalmia.

A. Ricordi.

Io non conosco alcun caso autentico di ottalmia blennorragica cagionata dal pus della balanite. Si può ritenere innocua anche la materia di un ascesso venereo o comune. Nondimeno, è pressochè impossibile il determinare con una certa esattezza i limiti, entro i quali una materia purulenta sia capace di destare nella congiuntiva una grave infiammazione; certamente vi influisce non poco la predisposizione individuale. Però, per quanto si può dire in oggi, questi limiti si formano all'uretra ed alla vagina. [1]

Le inoculazioni fatte allo scopo di curare il panno, danno qualche lume quanto alle condizioni nelle quali si suppose aver avuto luogo il contagio. La materia purulenta impiegata in queste inoculazioni, derivò o dagli organi genitali, o da un occhio ammalato per ottalmia dei neonati. Questa materia, preservata dal contatto dell'aria, mantiene la facoltà di contagio, per circa sessanta ore; lasciata all'aria ed essicata, diventa tosto innocua. Il sig. Piringer di Gratz, bagnò un pezzo di tela nella materia blennorragica, e la lasciò seccare; poscia soffregò con questa tela gli occhi di alcuni individui e non si ebbe inoculazione. Tolta via dal pezzo di tela la materia essicata, ed applicatala direttamente sulla congiuntiva, ebbe effetto entro circa trentasei ore dopo l'applicazione. La materia una volta essicata, e bagnata tosto o coll'acqua o col contatto delle secrezioni dell'occhio, riuscì contagiosa. La materia recente era contagiosa, anche diluita in cento parti di acqua.

Van Roosbroeck fece degli esperimenti col pus di un ascesso

[1] Esiste nella scienza una sola osservazione o celebre come dice il Ricord, di ottalmia blennorragica prodotta dal pus di un bubone che spruzzò l'occhio del chirurgo nel momento in cui col coltello dava esito alle marce. Il Ricord domanda a sè stesso; se il pus d'un bubone d'un ulcero, fosse capace di dar luogo all'ottalmia, non se ne dovrebbero vedere più frequenti esempj? È certo, come già mi espressi fin addietro, che il mucopus blennorragico il quale viene da una mucosa portato sopra un'altra mucosa, vi desta una affezione blennorragica a preferenza di un'altro irritante comune, come potrebbe essere il pus d'un ascesso, per le ragioni che è quì superfluo di ripetere; ma ciò non toglie che anche quest'ultimo possa causare una ottalmia. In quanto alla rarità del fatto su accennato è giustificabile a priva vista; se l'ottalmia blennorragica è accidente raro in coloro che hanno scoli ne vien di conseguenza dopo quello che ho detto, che debba essere eccezionalissima, per causa di pus od altra materia animale qualsiasi.

A. Ricordi.

comune, o trovò che applicato all'occhio riusciva innocente. Questo autore venne anche alla conclusione che lo scolo di un occhio affetto di ottalmia purulenta, diluito con acqua, mantiene la facoltà contagiosa, fino a decomposizione stabilita, indicata dall'odore di putrefazione che si svolge.

Quando l'inoculazione riesce, l'applicazione della materia non desta a tutta prima alcuna ingrata sensazione; nè se ne osserva effetto alcuno se non dopo il periodo da sei a trenta ore; allora l'occhio si sente caldo, le secrezioni oculari normali aumentano, dapprima affatto mucose, poi tosto muco-purulenti.

L'ottalmia blennorragica è molto più comune nell'uomo che nella donna. Ricord assegna questa differenza alla maggior frequenza dell'uretrite nel maschio; poichè è questa la sola forma di blennorragia capace, secondo lui, di determinare l'ottalmia blennorragica. Ho già lasciato intravedere com'io dissenta da questa opinione di Ricord, e credo che questa relativa diversità di frequenza di tale affezione nei due sessi, la si debba fondare per ora sulle loro diverse abitudini.

Sintomi. — L'ottalmia blennorragica può destarsi ad ogni periodo di una blennorragia, quantunque la si dica assai più frequente nel periodo di declinamento. Lo scolo uretrale o vaginale è senza dubbio assai più contagioso quanto più è purulento, il che succede nel periodo acuto; ma la breve durata di questo periodo fa sì che le circostanze di applicazione dello scolo all'occhio, siano minori che non nel periodo di declinamento che è più lungo. Per lo più la malattia, sul principio, non prende che un sol occhio, può limitarsi a questo, ma non di rado dopo qualche giorno si manifesta anche nell'altro.

I sintomi dell'ottalmia blennorragica, sono in complesso identici a quelli della congiuntivite purulenta. L'ottalmia però ha uno sviluppo più rapido e più fatale alla facoltà della vista, che non la congiuntivite.

I primi indizj di attacco di ottalmia blennorragia sono: un senso di bruciore o dentro l'occhio o ai margini delle palpebre, una sensazione come se vi fosse nell'occhio un corpo straniero, e un aumento delle secrezioni oculari. Queste secrezioni mantengono

in principio la loro normale trasparenza, quantunque sembrino insolitamente viscide; le ciglia aderiscono e si attaccano le une alle altre, e il canto interno dell'occhio è occupato da una raccolta di muco secco. Progredendo la malattia, i vasi della congiuntiva si distendono pel sangue; dapprima si distinguono benissimo l' uno dall'altro come in una semplice congiuntivite, ma si perdono poi tosto nel colore uniformemente rosso che si vede sul globo oculare fino alla cornea, la quale mantiene la sua naturale trasparenza. La congiuntiva è alquanto sollevata dalla sclerotica per un' effusione di siero, e presenta una superficie scabra per lo sviluppo delle papille.

Intanto lo scolo si è fatto purulento, e vien secreto in abbondanza dalle superficie infiammate.

L'ottalmia blennorragica ha un progresso così rapido, che questi sintomi or ora descritti, possono sfuggire prima della prima visita del medico, spesso non chiamato che nel pieno sviluppo della malattia. Probabilmente egli troverà il paziente seduto, colla testa inclinata al davanti, il mento appoggiato sul petto e col fazzoletto applicato alla guancia per nettar via lo scolo che irrita ogni superficie colla quale venga a contatto. Le palpebre gonfie, specialmente la superiore che sporge più infuori dell'inferiore, e che si presenta di un color rossastro od anche brunastro. Il paziente dice di non essere capace di aprire l'occhio. Tale incapacità piuttosto che dall'intolleranza della luce, dipende dall'ostruzione meccanica prodotta dall'ingrossamento delle palpebre e dal dolore eccitato da ogni sfregamento di una superficie infiammata sull'altra.

Il medico bagna gli orli delle palpebre con un pezzuolino imbevuto d'acqua calda onde facilitarne la separazione, indi procede all'esame. Tentando di aprir l'occhio, abbia tutta la cura di non comprimere il bulbo, onde non produrre inutile dolore, ed anche perchè la cornea già ulcerata non si rompa sotto la compressione, il che darebbe luogo allo svuotamento del bulbo dell'occhio. Applicato un dito appena al di sotto del globo oculare, si stirano all'ingiù gli integumenti verso l'osso malare, e così si rovescia la palpebra inferiore; la superiore la si innalza in modo analogo con altro dito della stessa mano applicato al disotto del margine superiore dell'orbita; od anche si può mettere allo scoperto il globo

oculare stirando all'innanzi ed all'insù le ciglia della palpebra superiore. Tutto questo deve esser fatto colla mano sinistra perchè la destra rimanga libera, onde ripulir via la secrezione, o per applicare qualche topico all'occhio malato.

Non appena allontanate le palpebre, ne sgorga un pus giallo e denso che intrammettendosi nell'apertura, impedisce in parte la vista; altro ostacolo può esser prodotto dalla congiuntiva palpebrale ingrossata, la quale compressa dall'azione spasmodica del muscolo orbicolare, protrude colle sue ripiegature. Con una spugna o con un pezzuolino si netta via la materia raccolta, e così si mette allo scoperto la congiuntiva oculare. Questa membrana appare di un color rosso uniforme, coi vasi non distinguibili l'uno dall'altro, e sollevata dalla sclerotica per un'effusione di siero e di fibrina nel tessuto cellulare sottoposto. Tale ingrossamento della congiuntiva termina al margine di una depressione centrale che occupa il posto della cornea, e che è riempita dalle parti meno fluide dei costituenti della secrezione puriforme, le quali parti a tutta prima si possono prendere per *débris* della cornea disorganizzata. Togliendo via però questa sostanza, ci si presenta la cornea ancora chiara e trasparente al fondo della depressione, dove trovasi circondata dalla congiuntiva prominente ed ingrossata. Nei casi meno fortunati, può darsi che la sia diventata opaca per il pus infiltratosi tra i suoi strati, e si può anche trovare l'ulcerazione, già incominciata. Se l'ulcera non si vede addirittura, accade sovente di riscontrarla al margine della cornea, collo spingere dolcemente da un lato la piega della congiuntiva che sopravvanza; durante questo esame continua la secrezione del pus, e bisogna toglierlo via continuamente. Fa meraviglia il vedere come una superficie così breve, possa secernere una sì abbondante quantità di pus; si calcolò che questa secrezione può toccare le tre once in un giorno.

Il grado di dolore che accompagnasi a questa malattia, varia nei diversi casi. Durante lo sviluppo e il massimo dell'infiammazione, è forte; i pazienti lo descrivono con un senso di calore urente e di tensione del bulbo oculare, che si estende al sopracciglio ed alle tempia. L'organismo partecipa esso pure della malattia locale. Per un certo tempo non si ha che un movimento febbrile, poi compajono tosto i sintomi di depressione; il polso si

fa rapido e irritato, la pelle calda e viscida, e il malato diventa ansioso e convulso. Questa depressione delle forze vitali non si riscontra sempre, ma la si trova però nella maggior parte dei pazienti, quando la malattia dura da qualche giorno; la si può trovare anche prima, quando la salute sia stata precedentemente alterata, per un motivo qualunque.

Non ostante la gravezza dei sintomi, è ancora possibile la risoluzione. Con un trattamento adattato, il processo infiammatorio viene a cedere, e i tessuti riacquistano la loro naturale condiziono, lasciando l'occhio sano come prima che si ammalasse. Un esito cotanto fortunato, quantunque possibile, è piuttosto sperabile che non da aspettarsi facilmente. Crescono le probabilità quando si arriva a veder il caso abbastanza presto, prima che l'effusione al disotto della congiuntiva siasi per così dire fatta solida col deposito di fibrina, o prima che sia cominciato l'ulcerazione della cornea. Quest'ultimo è il danno maggiore che s'ha a temere. L'ulcerazione incomincia per lo più al margine della cornea, e può estendersi seguendone la circonferenza, od avanzandosi verso il centro. In qualche caso è superficiale, in altri si approfonda in tutto lo spessore della cornea e ne segue il prolasso dell'iride, colla perdita di una certa quantità dei contenuti del bulbo. Altre volte si disorganizza o una porzione o tutta la membrana corneale, e la parte disorganizzata cade *en masse*. Con questo fatale processo, l'occhio può disorganizzarsi in ventiquattro ore dai primi sintomi del male; tale catastrofe dell'occhio accadde in una sol notte, in un caso osservato nell'ospedale di Nuova York. La perdita dell'umor acqueo e di altri contenuti del globo oculare, è generalmente seguita da un miglioramento del dolore, e il paziente nutre la speranza di procedere al meglio, mentre il medico sa che la vista è perduta irreparabilmente.

Il grado di offesa permanente dell'occhio, dipenderà dall'estensione e dalla sede dell'ulcerazione. Se questa è superficiale e situata presso il margine della cornea, l'opacità che ne risulta è compatibile colla visione; quand'anche il leucoma fosse centrale, se appena v'ha una porzione di cornea ancora trasparente, si può tentare l'operazione della pupilla artificiale. L'arte può anche rimediare alla perforazione della camera anteriore e al prolasso dell'iride, quand'è parziale; ma quando tutta la cornea od anche solo una

buona parte si è disorganizzata e perduta, quando il prolasso dell'iride si coprì di un denso strato di fibrina costituendo un esteso stafiloma, il caso è allora disperato.

Diagnosi. — Indipendentemento della storia del caso, non abbiamo alcun mezzo per distinguere l'ottalmia blennorragica dalla grave congiuntivite purulenta. Si disse che l'ottalmia comincia coll'infiammazione della congiuntiva oculare, mentre la congiuntiva si manifestava innanzi tutto sulla membrana che tappezza le palpebre. Quand'anche questa distinzione fosse vera, sarebbe di assai povero lume nella diagnosi, inquantochè è rarissimo che si possano osservare i primi sintomi della malattia.

Il Dr. Hairion [1] professore di Ottalmologia all' Università di Louvain, credette d'aver trovato il segno diagnostico dell'ottalmia blennorragica nella presenza di un bubono davanti all' orecchio; ma siccome nessun altro osservò tali buboni in questa malattia, bisogna convenire che il fatto indicatoci dal Dr. Hairion non sia che un esempio di viziata ossorvazione, derivata certamente da idee preconcette quanto alla natura del morbo.

Cura. — Nell'istituire la cura di un caso di ottalmia blennorragica è necessario che il paziente sia affidato alle cure di un infermiere intelligente e premuroso, che non abbia altro pensiero, altra occupazione, fuorchè quella di seguire le istruzioni date dal medico. Questa malattia ha un decorso così rapido, che la negligenza di sole poche ore può tornar fatale alla visione; se si giunge a salvar l' occhio lo si deve in parte anche alla diligenza di chi assistette il malato. Inutile il dire che possibilmente, dovremo confidarci alla mano delicata ed alla efficace assistenza di una donna.

Le istruzioni del medico, dovranno variare secondo il periodo della malattia. Se l'infiammazione non è incominciata che da poche ore e non ha ancora raggiunto il suo massimo, si applicheranno quattro o sei sanguisughe presso l'angolo esterno dell' oc-

[1] Annal. d'Oculist. t. XV. p. 159.

chio malato o sulla membrana mucosa della narice corrispondente. Se non si hanno subito le sanguisughe, potranno supplire le coppette incise alle tempia. Queste deplezioni locali si possono generalmente ripetere con vantaggio per un giorno o due, un pajo di volte in ventiquattro ore, specialmente se il malato è soggetto robusto. Se però la malattia progredisce senza freno, e particolarmente se si osservano segni di depressione generale del sistema, bisogna far senza anche di questa piccola sottrazione di sangue; essa non è indicata che sul cominciare dell' infiammazione; più avanti è inutile per non dire dannosa.

Si amministra un purgante attivo, per esempio 25 centigrammi di calomelano seguito da un'oncia d'olio di ricino, o una dose di sal d'Epsom, o tre pillole catartiche composte. Quanto al regime dietetico, bisogna regolarsi sulle condizioni generali del malato. Si può dire che al primo periodo del male deve essere leggierissimo, brodo, panata, ecc. ma al tempo stesso, non si dimentichi la tendenza che spiega questa malattia alla depressione delle forze vitali; bisogna quindi regolarsi a seconda del caso individuale.

Altra ordinazione di non minore importanza, è quella di mantenere netto l'occhio dalla continua secrezione; su questo bisogna insistere molto, aggiungendo un collirio di 50 centigrammi di nitrato d'argento in 80 grammi d'acqua da stillare fra le palpebre ogni due ore, od anche ogni ora nei casi imponenti. [1]

[1] Il chirurgo inglese Kennedy, fu il primo a preconizzare ed impiegare il nitrato d'argento per la cura dell'ottalmia blennorragica stante l'inefficacia assoluta del puro trattamento antiflogistico al quale unicamente ricorrevasi per lo addietro, e che forse ancora al giorno d'oggi fallisce nelle mani di qualche pratico fedele alle mediche tradizioni, ed alle viete dottrine a cui fu allevato. Gli inglesi, i francesi, i belgi ed i russi seguirono senza meno, e con sommo vantaggio il prezioso metodo del Kennedy: noi italiani fummo increduli e restj nell' adottarlo. L' illustre mio Maestro il Prof.re Quaglino che fu tra i primi a valersi della cura abortiva, vedendo appunto moltissimi colleghi i quali non osarono ricorrere ad essa perchè non ancora sanzionata dal voto universale fra noi, pubblicava una interessantissima Memoria nel 1856 negli Annali Universali di Medicina, sotto il titolo — Intorno alla cura abortiva dell'ottalmia purulenta per mezzo del nitrato d'argento considerato come il mezzo più pronto e più sicuro per ovviare ai guasti di questa terribile malattia; incoraggiamento ai pratici. — Il Quaglino con questo suo lavoro contribuì non poco a diffondere l'uso del nitrato d'argento e per la sua autorità e per-

Questo piano di cura è indicato per il primo periodo dell'ottalmia blennorragica, prima che sia determinata la chemosi, l'ingrossamento delle palpebre od altri sintomi gravi. Ma la maggior parte delle volte come dicemmo, il medico non è chiamato a vedere il paziente, che quando il male è già assai avanzato, e allora questo metodo di cura dev'essere alquanto modificato.

A questo punto è raro il caso di ricorrere con vantaggio alle

chè ha fissato le norme che riescono indispensabili al pratico onde senza esitanza possa intrapprendere la nuova terapia e ritrarne i vantaggi, ben sapendo come gli insuccessi che screditavano la cura abortiva, tenevano per la maggior parte alle non precisate indicazioni, al tempo nel quale si ricorreva all'escarotico, al suo uso intempestivo od esclusivo.

Se vi sono casi luminosi di guarigione col metodo abortivo d'una affezione blennorragica, si riscontrano nella malattia in discorso. Se ai primi sintomi (idrorrea) quando vi è lo scolo di un liquido giallo-citrino assai chiaro che esce dall'angolo interno e che è patognomico della malattia, l'ammalato ricorre al medico, è certo che la cura abortiva avrà buon esito. Non si può dir così dell'uretrite. La cauterizzazione della congiuntiva oculo-palpebrale, si preferisce di farla colla soluzione, anzichè colla pietra infernale, perchè nel primo modo, il caustico vien meglio distribuito sulla mucosa e non riesce così rozzo, e troppo attivo come lo è quando è solido: esso è riservato solamente nei casi di ottalmia blennorragica gravissima. Il Desmarres dice che il nitrato d'argento solido, è un'arma a due tagli che può divenir pericolosa in mano agli inesperti. Volendo però ricorrere ad esso, subito dopo la cauterizzazione bisogna bagnare la mucosa oculo-palpebrale con una soluzione di cloruro di sodio, onde convertire in cloruro d'argento, il quale è inattivo, l'eccesso di sale che fosse rimasto e che lasciato così in luogo agirebbe cauterizzando troppo profondamente la mucosa e potrebbe causare l'adesione della palpebra col bulbo, accidente che sopravviene di frequente a coloro che abusano della pietra infernale.

Il Prof.re Quaglino ha introdotto recentemente l'uso della pietra infernale gommosa, per la cura delle granulazioni, la quale consta di azotato d'argento, azotato di potassa, desterina e gomma arabica (la proporzione è questa; parti eguali di azotato d'argento e di gomma arabica, un'ottava di azotato di potassa, ed una quarta di desterina): è un cilindretto elastico certamente meno potente del nitrato d'argento fuso, il quale può convenire per la cura abortiva avendo un'azione più mite, e non essendo aspro. Ad ogni modo i malati provano una vivissima sensazione dolorosa, e le palpebre arrossano ed intumidiscono. In capo a qualche tempo però, cessa quasi completamente l'effetto del caustico, e l'ammalato si sente meglio. Giovano assai, nel mentre si pratica la cura locale caustica, le applicazioni di bagnoli leggieri d'acqua fredda, o ghiacciata, sul qual mezzo sopratutto insiste il Dr. Stetlway de Carion, oppure le irrigazioni copiose d'acqua fredda come pratica il Chassaignac.

A. Ricordi.

sanguisughe od alle scarificazioni. Se non altro, sono affatto impotenti a frenare il progresso dell'infiammazione. Si prescrive un catartico, come nel primo periodo; quando la malattia ha già fatto un progresso considerabile prima che fosse chiamato il medico, si sceglierà un catartico energico, per esempio l'olio di croton: poi si farà in modo di avere ogni giorno, una o due abbondanti evacuazioni alvine. Anche quì, fino ad un certo punto, il regime dietetico sarà regolato dalle condizioni generali del paziente; però nella più parte dei casi si dovrà concedere il nutrimento indicato dall'appetito limitandosi però sempre al pane, latte, uova, minestra, ecc. Se il malato non è capace di mangiare, se la pelle è fredda e il polso irritabile, od anche se già incominciò l'ulcerazione della cornea, si ricorra agli stimolanti o ai tonici. Tale indicazione, in questo periodo del morbo, la si incontra in quasi tutti i casi che si osservano negli ospedali, dove i pazienti sono quasi tutti più o meno cachettici; anche nella pratica privata, i soggetti di ottalmia blennorragica sono spesso indeboliti da un regime di vita assai viziata.[1] Non c'è quanto l'indebolimento delle forze vitali, per affrettare l'ulcerazione distruttiva della cornea. Si ricorra in tal caso almeno al chinino, alla birra, al vino, al punch con latte, in abbondanza.

La stanza dove sta il paziente sia possibilmente spaziosa e ben ventilata; gli occhi riparati dalla luce troppo viva colla posizione del paziente, o con un diaframma di cartone, o colle cortine; ma la stanza non deve essere scura del tutto in quanto che la completa esclusione della luce, favorisce la congestione oculare;[2] più ancora l'occhio sia scoperto e non vi si applichino per nessun conto,

[1] Non si saprebbe veramente il motivo per cui, gli ammalati di ottalmia blennorragica, ammesso fuor di dubbio l'eziologia di questa affezione oculare, cioè il solo contagio, abbiano ad aver sempre un impronto cachettico più o meno marcato.

A. Ricordi.

[2] E ciò probabilmente pel riposo de' nervi sensitivi, e per il rilasciamento dei vasi per opera dei vascolo-motori. Si osservano dei malati i quali, in realtà, alla mattina presentano la congiuntiva oculare più injettata ed hanno l'occhio più intorpidito; oppure avvertono un senso doloroso nel bulbo, come di distendimento se vengono tenuti nella oscurità.

A. Ricordi.

nè cataplasmi, nè allume, nè foglie di the, nè ostriche crude, come spesso consigliano lo officioso conoscenze del malato, le medicatrici. Non si saprebbero trovare altre medicature per distruggere più sicuramente la vista.

Quando c'è chemosi, non si perda tempo, e tosto si divida la congiuntiva e il tessnto cellulare sottoposto con delle incisioni radiate, nel modo suggerito da Tyrrell. Questo autore era d'opinione che l'ulcerazione della cornea in questa malattia, dipendesse dalla ostruzione esercitata dalla chemosi sui vasi congiuntivali; onde l'elemento vascolare è tolto alla cornea, e le ampie incisioni giovano col togliere lo strangolamento. Anche prima di Tyrrell si erà consigliata e praticata la divisione della congiuntiva chemotica, ma le incisioni si facevano in una qualunque maniera; Tyrrell avvisò che si doveva dar loro una direzione raggiata partendo dalla cornea onde poterle fare più estese, evitando al tempo stesso di ferire i vasi maggiori.

L'ipotesi sulla quale Tyrrell fondò qnesta sua pratica è ancor dubbia, e in complesso il suo metodo riuscì assai meno vantaggioso in mano d' altrui che non nelle sue; nondimeno non v' ha dubbio che queste incisioni possano giovare in alcuni casi, giacchè noi sappiamo il modo d'azione ch' essi hanno. Il maggior vantaggio che se ne possa sperare, è allora quando l'effusione sotto-congiuntivale consiste principalmente di siero; più innanzi quando la chemosi si è solidificata pel deposito di fibrina, sono assai meno vantaggiose. [1]

Il modo di fare queste incisioni quale è raccomandato da Tyrrell è il seguente: il paziente sta seduto su una sedia alquanto bassa

[1] Secondo il Prof.r Quaglino, l'ulcera periferica della cornea, l'esfogliazione delle sue lamelle, e la gangrena bianca, non dipende sempre dalla strozzatura prodotta della chemosi sui vasi della cornea in modo da intercettarne lo scambio dei principj nutritizj, ma qneste lesioni possono essere indipendenti dalla chemosi ed essere generate dall'azione corrodente della secrezione purulenta.

D'avviso contrario a quello di Tyrrel è il Quaglino sul modo di praticare le incisioni della chemosi: egli assicura che i tagli trasversali della congiuntiva chemotica sono molto più efficaci, perchè danno maggior gemizio di sangue, appunto perchè vengono tagliati trasversalmente i vasi, e perchè l'atto operativo riesce assai più facile nella esecuzione.

A. Ricordi.

appoggiando la testa al petto del medico che sta dietro di lui; si solleva la palpebra superiore col dito indice di una mano come nell'operazione per l'estrazione, o un assistente abbassa la palpebra inferiore; le incisioni devono interessare la congiuntiva o il tessuto cellulare sottoposto; si devono estenderle dal margine della cornea verso la circonferenza del bulbo oculare come i raggi di un circolo, evitando al tempo stesso la posizione dei muscoli retti, onde non ferire i maggiori vasi congiuntivali; il chirurgo, preso colla mano libera un coltello da cataratta, entra colla punta dell'instrumento tenendone rivolta la costola verso la cornea, precisamente al luogo di unione della cornea colla sclerotica; allora taglia dall'interno all'esterno, facendo due incisioni per ciascuno dei quattro spazj fra le inserzioni dei muscoli retti; appena finita l'operazione si favorisce il fluire del sangue e dello siero, coll'applicare all'occhio dell'acqua calda per dieci o quindici minuti.

Se il medico alla prima visita trova già la chemosi, faccia addirittura le incisioni raggiate e al tempo stesso ampie scarificazioni alla congiuntiva palpebrale. Mezz' ora dopo cessato lo sgorgare del sangue, si ripulisce dal pus tutta la superficie infiammata, e con un pennello vi si instilla dentro qualche goccia di una soluzione di nitrato d'argento di 200 a 300 centigrammi di nitrato per 30 grammi d'acqua, avvertendo di lavar via il di più dolla soluzione con delle abluzioni di acqua tiepida. Le incisioni e le scarificazioni si ripetono ogni ventiquattro ore, fino a che la chemosi si mantiene molto pronunziata.

Fin dalla prima visita si istruisca la persona che deve assistere il malato, informandola di tutto quanto deve fare e della importanza che quanto ella faccia, lo faccia con diligenza, con esattezza scrupolosa; e stia presente alla visita del medico onde imparare com'egli apra e pulisca l' occhio al malato. Qualche volta si adopera una siringa per nettare il pus dall'occhio; ma vi sono due opposizioni da fare all'uso di questo instrumento; primo, che se non si usa con molta delicatezza, la forza della corrente irrita la congiuntiva infiammata e sensibile; secondo, che il fluido injettato, misto alla materia contagiosa, può essere rimandato in spruzzi o colpire l' occhio di chi medica, o cadere nell' altro occhio del paziente medesimo. Non mancano esempj di questo spiacevole accidente. Per ciò si dovrà preferire una pezzuolina morbida ed an-

che questa è preferibile alla spugna, perchè serve meglio e la si cambia ad ogni volta. Spremendo il fluido dalla pezzuolina su quelle parti di secrezione che si fecero aderenti, o toccandole con un angolo fatto col margine della tela, le si possono levar via facilmente. Per queste abluzioni si può adoperare dell'acqua tiepida semplicemente; ma io preferisco una soluzione di allume della forza di tre grammi d'allume in mezzo chilogrammo d'acqua. L'assistente al malato ripeterà queste abluzioni ogni ora od ogni mezz'ora, secondo la gravezza del caso, e il paziente avrà lì presso una certa quantità di soluzione per bagnare la superficie esterna dell'occhio e lavar via la secrezione, ancor più di frequente. Onde facilitare ancor più la nettezza, si possono tagliare le ciglia, le quali s'incrostano assai facilmente colla secrezione; come anche si ungono i margini delle palpebre con unguento semplice.

La forte soluzione di nitrato d'argento già citata, può essere applicata dal medico due volte al giorno quand'egli visita il malato, ma nell'intervallo di tempo fra una visita e l'altra, si adopera una soluzione più debole del medesimo sale che contenga 50 centigrammi di nitrato in 30 grammi d'acqua; la si instilla nell'occhio ogni due o tre ore, dopo averlo ripulito diligentemente. Durante la notte, non si deve disturbare il sonno del paziente colla frequente ripetizione di codeste medicature; però ci deve essere una persona che lo vegli fedelmente, la quale pulisca l'occhio ed applichi qualche goccia di soluzione di nitrato d'argento ogni tre o quattro ore, e non si fa altro per la notte; anzi se occorre, si favorisca il sonno coll'amministrazione di un qualche oppiato.

Passò ormai il tempo in cui si ritenevano indicati i mercuriali in questa malattia, per la supposta origine sifilitica del morbo. La sola circostanza che ne può giustificare l'uso, è la presenza di una chemosi solida, carnosa, la quale per la molta consistenza non può essere distrutta mediante le incisioni di Tyrrell. In questi casi i mercuriali ponno forse affrettare l'assorbimento del deposito fibrinoso; ma si devono impiegare però con molta cautela, specialmente quando l'ulcerazione della cornea è già cominciata; in ogni caso non si devono mai spingere fino alla salivazione. Una formola eccellente, è la seguente:

Mercurio con creta centigrammi 10.
Solfato di chinino centigrammi 5-20.
M. fa una polvere.
Da prendersi la mattina e la sera.

Quando non è malato che un'occhio solo, bisogna avere la massima cura che la secrezione non tocchi l' altro, perchè non abbia a succedere l'inoculazione, e quando mai vi si manifestasse la più piccola traccia di infiammazione, vi si applichi la soluzione debole di nitrato d'argento ogniqualvolta la si adopera per l' occhio che si ammalò pel primo.

Se l'edema delle palpebre è esagerato, impedisce di poter aprire l'occhio, ed esercita una certa pressione sul bulbo oculare; nel qual caso si può ottenere un discreto sollievo col pungere la pelle mediante una lancetta. France [1] ed altri, proposero la divisione del canto esterno dell'occhio, onde poter mettere allo scoperto la congiuntiva infiammata; è però una pratica che, in genere, non trova indicazioni o quasi mai.

Migliorando i sintomi, si può tralasciare la soluzione forte di nitrato di argento; ed anche quella più debole la si applica meno frequentemente. Passato il maggior pericolo, gioverà spesso cambiar il collirio, adoperandone uno dei seguenti:

Solfato di zinco centigrammi 10.
Glicerina grammi 6.
Vino d'oppio grammi 3.
Acqua grammi 15.
M.

Acido gallico centigrammi 30.
Glicerina grammi 9.
Vino d' oppio grammi 6.
Acqua di canfora q. b. — grammi 120.
M.

Un metodo assai comodo per adoperare questi collirj, è quello di valersi di un occhiarolo.

Ebbi a vedere dei casi nei quali parve che la soluzione di ni-

[1] Guy's Hospital Reports, 3ª serie, vol. III.

trato d'argento irritasse l'occhio; si dovetto preforiro nno dei collirj or ora indicati, anche nel poriodo acuto della malattia.

L'nlcera sulla cornea è un accidente assai grave; nel caso, dovrà il medico avvisaro del perioolo che la visione vadi perduta.

Si può qualche volta arrostare il progresso dell'ulcera, toccandone leggiermente la snperficie mediante un lapis di nitrato d'argento colla pnnta alquanto arrotondata ed assottigliata, sfregandola su un pezzo di tela 'umida; oppure si può applicare all'occhio una stilla di soluzione satura di nitrato d'argento, valendosi di un pennello di peli di cammello. Lo strato bianchiccio che assumono i tessuti coll'applicaziono del sale, ci indichorà se venne o meno cauterizzata tutta la superficie dell'ulcera. Al tompo stesso si mantiene dilatata la pnpilla coll'instillaro nell'occhio una volta al giorno qualche goccia di una soluzione di atropina, o coll'ungere il sopracciglio o intorno all'orbita con dell'estratto di belladonna e glicerina. È però preferibile il primo metodo; generalmente si adopera una soluzione di 10 centigrammi di atropina per 30 grammi d'acqua, sciogliendo prima l'atropina in una goccia di aceto. Lo scopo che ci prefiggiamo col dilatare la pnpilla è quello di diminuire il prolasso dell'iride, caso mai l'ulcera corrodesso tutto lo spessore della cornea; più di impedire possibilmente cho la pnpilla resti compresa nella sinechia che ne risulterà. Però questi fini non si raggiungono poi tanto facilmente, in quanto che una pupilla dilatata coi midriatici, si contrae non appena sfuggì l'nmor acqneo, come vediamo quando si fa l'operazione della catarratta por estrazione; nondimeno, siccome nell'ulcera perforante della cornea, lo svuotamento della camera anteriore succede d'un tratto, si può ancora nutrire qnalche speranza di limitarne il prolasso.

Io mi permetto di richiamare ancora alla mente del lettore quanto sia importante lo evitare i mozzi antiflogistici, e la necessità di sostenere le forze, quando la cornea, tessuto di vitalità così languida, è fatta sede di un processo ulcerativo. Le coppette incise, le sanguisugho, la dieta rigorosa, i mercuriali, non fanno che precipitare la distruzione dell'occhio; non si riesce a salvarlo, quando pure ci si riesca, che con una nutrizione generosa, cogli stimolanti o coi tonici.

Dopo nn decorso di ottalmia blennorragica, resta di sovente una condiziono granulosa della congiuntiva palpebrale, la quale

sostiene anche per un pezzo, nn po' di secrezione e di irritazione dell'occhio. Il miglior mezzo per togliere questo piccolo disordine, è quello di applicare nn cristallo di solfato di ramo alle palpebre rovesciate; basta il far ciò ogni secondo o terzo giorno; frattanto si conforti l'organismo con aria buona, buona dieta, ed anche con qualche tonico.

Stabilitosi lo stafiloma, l'occhio dove esso ha sede si irrita per il continuo sfregamento delle palpebre sulla procidonza stafilomatosa, e per simpatia si irrita anche l'altro. Se lo stafiloma è poco pronunziato, v'è speranza che abbia a contrarsi e rendersi meno prominente coll'organizzazione più solida che subisce la fibrina, ed anzi si può favorire questo risultato bagnando giornalmente lo stafiloma con una soluzione forte di nitrato d'argento. Ma succede anche che questa deformità sia voluminosa occupando una gran parte della cornea, senza speranza alcuna che l'occhio abbia un giorno a servire come organo di visione; allora è inutile ogni sforzo per salvare l'occhio, specialmente se è alquanto infiammato, per tema che l'altro non vi partecipi simpaticamente. La pressione endoculare aumenta ancor più il volume dello stafiloma, fino a che esso, o scoppia spontaneamente o vi si ripara coll'arte. A questo scopo si hanno due operazioni, 1° l'escisione ordinaria del tumore stafilomatoso e lo svuotamento dell'occhio, 2° l'estirpazione del globo col metodo moderno o di Bonnet.

Generalmente parlando si preferisce il primo metodo nei casi di stafiloma conseguenti ad ottalmia blennorragica, perchè lo stafiloma si limita per lo più alla cornea, e i tessuti profondi dell'occhio, se non sempre sono quasi sempre sani, d'altronde l'occhio artificiale vien portato assai meglio da un moncone; più i pazienti, ignari della semplicità della moderna operazione per l'estirpazione, vi sono avversi e la rifiutano quasi sempre. Non si dimentichi però che il moncone cui si applica l'occhio artificiale, può irritarsi ed infiammarsi e compromettere per simpatia anche l'altr'occhio. Onde compita l'operazione per lo stafiloma, bisogna avvertire il paziente di questo pericolo e dell'urgenza di cercar subito gli ajuti dell'arte se il moncone si infiamma, o se la vista dell'altro incomincia ad alterarsi. [1]

[1] È assai facile il trovare qualche deposito calcareo, nei monconi ocu-

L'operazione dello stafiloma è abbastanza conosciuta, onde è inutilo ch'io ne faccia quì la descrizione. Desidero però accennare una cosa sola; che terminata l'operazione si devono occludere le palpebre con taffetà e lasciarle così fino a che la ferita sia completamente guarita; diversamente lo sfregamento delle palpebre e il contatto dell'aria colla membrana jaloide favoriscono l'infiammazione nei tessuti profondi dell'occhio, cagionando disordini e patimenti gravi.

Sopraggiunta l'ottalmia interna o generale, si deve preferire l'estirpazione del globo oculare; e ciò anche quando lo stafiloma comprende non solo la cornea ma anche parte della sclerotica, o quando si ebbe emorragia dal fondo dell'occhio, sia nella perforazione della camera anteriore allo scoppiar dello stafiloma, sia durante un atto operativo appunto per lo stafiloma. In questi casi di emorragia, il sangue proviene principalmente dai vasi coroideali; lo si può fermare benissimo, ma il grumo non viene eliminato che da un lento e tedioso processo di suppurazione, onde meglio torna rimovere l'occhio addirittura.

L'operazione moderna per l'estirpazione del globo oculare è semplicissima. Non si esporta che il bulbo dell'occhio lasciando in sito gli altri contenuti dell'orbita. Gli instrumenti per questa operazione sono un pajo di mollette dentate, una forbice retta ottusa e un uncino da strabismo. L'occhio si mantiene aperto con uno speculum di filo metallico. Si taglia la congiuntiva e i fasci sottoposti vicinissimi al margine della cornea; così pure si uncinano e si tagliano i quattro muscoli retti come nell'operazione per lo strabismo. Allora si introduce la forbice passandola al di dietro del globo oculare e si taglia il nervo ottico presso il suo punto d'entrata; divisi quindi i muscoli obliqui e gli altri tessuti di attacco, il bulbo cade facilmente. Non v'ha pericolo di susseguente emorragia. Si occludono le palpebre, e il coagulo che si forma nella

lari che furono sede di infiammazione cronica, in tal caso non c'è altro mezzo per rimediare all'irritazione, fuor che estirpando il moncone. Non è molto ch'io estirpai il moncone di un occhio distrutto dalla congiuntivite granulosa, in un ragazzo di 16 anni; esaminando il moncone esciso vi trovai una piastrella di sostanza calcarea delle dimensioni di una moneta di due centesimi circa.

cavità dell'orbita è il miglior emostatico per questo caso. Se l'operazione fu fatta a dovere senza estendere l'incisione più in là dei fasci oculari, la ferita guarisce presto. Mi capitò spesso di poter intromettere un occhio artificiale nel terzo o quarto giorno dopo l'operazione. [1]

I rimedj consigliati più indiotro per l'ottalmia blennorragica si possono riepilogare, in ordine di importanza, come segue: nettezza, applicazione frequonto di una soluzione astringente, nutrimento e in molti casi stimolanti e tonici, incisioni raggiate alla congiuntiva chemotica, catartici, deplezione locale.

Questo piano di cura è assai diverso da quello dei primi scrittori su questa malattia, seguito fino a questi ultimi anni, piano che prescriveva le copiose e ripetute sezioni della vena, la dieta rigorosa, e i mercuriali e il tartaro emetico a larga mano. Se il piano che consigliai fosse nuovo, richiederebbe qualcosa d'altro per difenderlo; ma basta il dire cho venne già addottato dalla maggior parte delle eminenti autorità in chirurgia ottalmica; appoggiato dagli scritti e dalla pratica di Graves, [2] Critchett, [3] Bowman, Wilde, Dixon, [4] France, [5] Hancock, [6] ed altri, non ha bisogno d'altro in suo favore. Angiungerò solo che la mia propria esperienza, esercitata nei maggiori ospedali ottalmici di questo paese, concorda perfettamente cogli autori che indicai. [7].

Come dice benissimo il Dr. Dixon: — lo studioso non deve mai dimonticare cho, quantunque la malattia chiamata ottalmia puru-

[1] Sarebbe cosa fuor di posto s'io volessi entrare, in quest'opera, in maggiori dettagli su questa ed altre operazioni che possono occorrere dopo un'ottalmia blennorragica. Per ulteriori particolari quanto all'estirpazione dell'occhio, il lettore può vedere un saggio del Dr. Critchett nel London Lancet, 1856; e nel N. Y. Journal of Medic. 1859, le memorie del Dr. C. R. Agnew e quelle di chi scrive ora.

[2] London Med. Gaz. vol. I. 1838.

[3] Lectures on Diseases of the Eye, Lond. Lanc. 1854.

[4] Guide to the pract. study of Diseases of the Eye, 1859 Lond.

[5] Op. cit.

[6] Lond. Lanc. 1859.

[7] Pare che il Dr. O'Halloran sia stato uno dei primi a condannare il vecchio sistema depletivo nella cura dell'ottalmia purulenta. Nelle sue Practical Remarks on Acute and Chronic Ophthalmia, and on Remittent

lenta abbia tolto il suo nome da quel sintomo che maggiormente fissa l'attenzione, cioè la secreziono congiuntivale profusa, pure il pericolo realo del male è nella *cornea;* e che, quand'anche fosse possibile il cavare dal paziente tanto sangue da far diminuire o da formare la secrezione, non riusciremmo poi a salvare l'occhio. Non è già lo scolo di pus o di muco per quanto copioso, che ci deve colpire, ma il dubbio se la vitalità della cornea sia sufficiente a resistere alle alterazioni che minacciano la sua trasparenza. Questi cambiamenti sono di due sorta, cioè la *rapida ulcerazione* e la *gangrena.* Or qual'è mai quel chirurgo di mente sana che consigliò il salasso senza freno e la salivazione; come mezzi di togliere queste morbose alterazioni da qualunque altra parte del corpo cho non l'occhio? E se non vo ne fu, perchè adunquo si gettoranno da parte tutti i principj che ci guidano nella cura degli altri organi, allorquando ci accingiamo a curare l'organo della vista? —

Fever, Lond. 1844, egli dice: — Io credo che se si avessero a fare delle ricerche fra i chirurgi dell'armata, si troverebbe che quelli che usarono maggiormente delle deplezioni furono i pratici meno fortunati, e che lo sfacelo, l'ulcera ecc., seguirono più spesso il metodo evacuante che non quando i pazienti furono abbandonati in parte alla natura. —

CAPITOLO DECIMOPRIMO

REUMATISMO BLENNORRAGICO.

Swediaur fu il primo a segnalare il reumatismo blennorragico descrivendolo sotto il nome di artrocele, gonocele, o ingrossamento blennorragico del ginocchio. [1] Dopo Swediaur questa malattia fermò l'attenzione di molti sifilografi e di altri autori che s'occuparono delle malattie delle articolazioni; principalmente Sir Beniamino Brodie, [2] Sir Astley Cooper, [3] Ricord, [4] Bonnet di Lyon, [5] Foucart, [6] Brandes, [7] e Rollet. [8] Il reumatismo blennorragico però non ottenne per molto tempo un posto speciale nel quadro nosologico, e s'andarono fabbricando molte ipotesi per spiegarlo. Nel trattare

[1] Quasi tutti gli autori si accordano nel ritenere Swediaur, il primo che facesse parola dell'artropatia blennorragica: Swediaur scriveva sul principio di questo secolo, ma nel 1723 Guglielmo Musgrave nel suo lavoro — De arthritide symptomatica — richiamava l'attenzione dei medici sul gonfiamento delle articolazioni nelle malattie veneree. Pare adunque che a Musgrave si debbano i primi cenni sulla malattia in discorso, sebbene abbia trattato troppo vagamente l'argomento ed abbia ritenuta l'artropatia una semplice concomitanza dell'uretrite: a Swediaur resterebbe sempre il merito d'avere esposto con nozioni positive, il rapporto tra la prima e la seconda.

A. Ricordi.

[2] Brodies's Select Surgical Works: Diseases of the Joints. Phila. 1847.

[3] Lectures on the Principles and Practice of Surgery. Lond. 1835.

[4] Note all'Hunter.

[5] Traité des Malad. articulaires, 1853.

[6] Quelques considérat. pour servir à l'hist. de l'Arthrite blennorrhagique. Bordeaux. 1846.

[7] Arch. Génér. de Méd. 1854.

[8] Annuaire de la Syphil. 1858.

di questa malattia emorgeranno i motivi pei quali lo si deve considerare quale distinta complicazione della blennorragia.

Un osservatoro che non udì mai del nesso tra il reumatismo e la blennorragia, non troverà che una mera coincidenza nella improvvisa infiammazione delle articolazioni in un individuo ammalato per blonnorragia; ma se questo medesimo individuo perfettamente guarito da ambedue le affezioni, dopo qualche anno di buonissima salute, ritorna ad avere blennorragia e ancora reumatismo articolare, allora il fatto è abbastante singolare da far nascere, anche nella mente di nn osservatore superficiale, il sospetto che ci sia un certo legame tra qneste due malattie. Fato cho qnosto secondo attacco sia seguito da un terzo, da un quarto, da un quinto, e dal sospetto si passerà all' assai probabile. La relazione tra questo due malattie diventa poi indubitabile, quando si osserva nn certo nnmero di pazienti i quali abbiano ripetutamente queste due malattie a un tempo, nei quali la blennorragia sia seguita dal reumatismo, con tanta certezza da esser sicuri di questo non appena incominci la blennorragia. Ora la ripetiziono di queste due malattie nella medesima persona, non è solo ipotetica, è un fatto; e la si osserva in persone affatto libere da diatesi reumatica e che non hanno infiammazioni articolari fnor che quando sono affetti da blennorragia. Fra i molti casi che si possono citare nossnn altro forse rischiara moglio questo argomento, quauto il seguente, tolto dalle lezioni di Astley Cooper: —

— Io vi dirò — dice questo celebre chirnrgo, — la storia del primo caso di questo genere che io abbia visto, e che non dimenticherò mai. Un signore americano venne da ma per una blennorragia, e, dopo ch'egli m'ebbe raccontata la storia del caso, io gli dissi sorridendo: fate questo e questo (indicandogli minutamente il piano di cura), e tosto vi troverete meglio; ma il signore mi interruppe dicendomi: piano, piano; una blennorragia addosso a me non è cosa tanto indifferente; perchè da quì a non molto vedrete che mi si infiammeranno gli occhi e in pochi dì sarò preso da reumatismo alle articolazioni, e non dico questo per l'esperienza d'una sola blennorragia, ma di due, e in tutti e dne mi accadde lo stesso. Gli raccomandai ch'egli s'avesse la massima cura perchè gli occhi non venissero contaminati dalla secreziono blennorragica; egli mi assicurò che avrebbe avuta tutta la diligenza. Tre

giorni appresso egli ritornò; ora vedete, mi disse, che le mie parole di due o tre giorni sono, non erano dette a caso; avova agli occhi un riparo verde, e tutt'o due gli occhi ammalati da ottalmia; gli consigliai di rimanorsene in una camera alquanto oscura, di prendore qualche purgante, e di applicare qualcho sanguisuga alle tempia. Ritornò ancora dopo tre giorni più presto del solito, accnsando dolore in un ginocchio, che cra teso ed infiammato; gli prescrissi qualche topico, e poco tempo dopo si infiammò nello stosso modo anche l'altro ginocchio. L'ottalmia fu guarita non senza difficoltà, o il roumatismo tirò innanzi per qualche settimana ancora. —

Quasi ogni autore che abbia detto di questa affezione, riferisce casi analoghi; anzi molti di questi casi furono compresi nel quadro delle malattie oculari che accompagnano il reumatismo blennorragico. Rollet ne riferisce cinquo occorsi nella sna pratica; questa ripetizione ebbe luogo in otto sn trentaquattro casi citati da Brandes di Copenhagen; e in tre su otto casi osservati da Diday. Secondo le ricerche di Rollet, tale ripetiziono fu osservata in circa un quarto del numero totale dei casi pubblicati di reumatismo blennorragico.

La frequenza di simili casi toglie ogni dubbio sulla stretta relazione che sta tra queste duo malattie ; essa è inoltro confermata dal fatto, che il reumatismo che segue la blennorragia presenta certe singolarità, che in generale, sono sufficienti a distinguerlo dalle altre forme comuni di reumatismo.

Cause. — In confronto colla molta frequenza della blennorragia, il roumatismo blennorragico è rarissimo; poco assai si conosce delle cause che lo ingenorano nel minor numero dei casi, poichè la maggior parte degli affetti da blonnorragia, ci sfuggono. Lo si può naturalmente attribuire a una diatesi reumatica, tanto più cho le persone facili al reumatismo, sono anche singolarmente facili a contrarre blennorragia. Molti scrittori hanno asserito a chiare noto, che una disponibilità costituzionale al reumatismo, è causa prodisponente di infiammazione delle articolazioni durante il decorso di una blennorragia. Però v'ha ragione a credere, che le plausibilità di questa opinione basata su un ragionamento *a priori*, hanno fatto

sì che le venisse data maggior importanza di quella che realmente meriti. Chi la emise non la sostenne con evidenza alcuna; o se ci facciamo ad esaminare i casi pubblicati di questa malattia, incontriamo di spesso questa osservazione, che il paziente non ebbe mai reumatismo fuor che quand'ebbe blennorragia. Rollot prese questo punto come speciale soggetto di ricerche, e stabilì che nella massima parte dei casi di reumatismo blennorragico ch'egli ebbe ad osservare, non c'era diatesi reumatica nè nel malato nè ne'suoi genitori. Egli disse ancora di aver avuto in cura molti malati con blennorragia che erano predisposti al reumatismo, eppure l'uretrite non fu seguita in costoro da alcuna infiammazione articolare; questo fatto è rafforzato dalla frequenza colla quale il reumatismo blennorragico, occorso una volta, viene eccitato da una susseguente goccetta. Queste asserzioni del Rollet dimostrerebbero che una diatesi reumatica non entra per niente nella produzione del reumatismo blennorragico; è però desiderabile che questo punto venga sottoposto ad ulteriori osservazioni. [1]

La causa eccitante del reumatismo blennorragico non la può stare nell'uso del copaive o del cubebe, come già si disse, o nell'esporsi al freddo, ed alle rapide oscillazioni di temperatura. Spesso l'infiammazione delle articolazioni fu osservata in individui che non avevano presa nè l'una nè l'altra di queste droghe, e che stettero nelle sale dell'ospedale per tutto il tempo che durò in loro la blennorragia; d'altra parte quante volte non si dà il copaive e il cubebe per curare una blennorragia, e quante volte gli individui che ne sono affetti si espongono al freddo e all'umido! eppure il reumatismo blennorragico è tanto raro!

I fenomeni del rematismo blennorragico non reggono coll'idea di una metastasi dall'uretra alle articolazioni, poichè nella maggior parte dei casi l'infiammazione articolare è preceduta da un esacer-

[1] Rollet perde terreno coll'asserire un antagonismo tra una diatesi reumatica e la blennorragia, in virtù del quale antagonismo, egli crede che la goccetta qualche volta possa guarire un paziente dalla tendenza al reumatismo, patita già da anni! Egli dice d'averne osservato un caso analogo, e ne cita un altro minutamente, occorso nella pratica di Diday; ma è certo assai più logico il supporre, che la scomparsa del reumatismo in questi due casi non fosse che una coincidenza.

bamento delle secrezioni uretrale. Ciò accade specialmente quando il reumatismo blennorragico sopraggiunge in caso di blennorragia cronica.

Non si può mettere in dubbio l'influenza del sesso nella produzione del reumatismo blennorragico. Tutti i casi certi di questa malattia che furono pubblicati, si riferiscono ad uomini; e, se pure si dà nella donna, deve essere rarissimo. [1] Ricord, Vidal e alcuni pochi altri scrittori ammettono che lo s'incontra qualche volta nella donna, ma non ne riferiscono alcun caso. [2]

Da ciò si vede, quanto imperfettamente noi conosciamo l' ezio-

[1] Foucart dice: — Io non ho mai potuto trovare un solo caso di reumatismo blennorragico nella donna, sia nei trattati speciali di questo argomento, sia nei giornali medici. —

Brandes dice: — I casi di reumatismo blennorragico riportati da solo pochi autori, sono lungi dall'essere soddisfacenti. Io vi ho fissata l'attenzione per sei anni durante i quali non fui capace di osservarne un solo caso nell'ospedale di Copenhagen dove si curano le donne affette di malattie veneree. —

Furono citati assai incompletamente due casi occorsi nel servizio di Rayer nel 1846: — Una donna fu affetta da infiammazione al gomito durante il decorso di una vaginite. In un'altra s'infiammarono leggiermente e successivamente presso chè tutte le articolazioni delle estremità, e ciò dopo varj attacchi di scolo vaginale. — (Rollet). E non se ne dice altro.

Blalin e Nivet (Traité des Maladies des Femmes), citano anch'essi incompletamente un'altro caso analogo.

[2] Il Cloquet ha raccolto alcune osservazioni di reumatismo blennorragico nel sesso femminino, ed ha osservato che nella donna è di preferenza affetta l'articolazione coxo-femorale. È un rimarco tutto proprio del Cloquet, poichè fino ad ora nessun'altro ha fatto consimile osservazione. L'A. Cullerier ha veduto esso pure tre casi di reumatismo nella donna, due dei quali, come egli stesso dice, assai evidenti; una artropatia del ginocchio in una femmina, fu pure dal Richet attribuita alla affezione blennorragica.

Pare certo che il reumatismo da blennorragia affetti più frequentemente l'uomo che la donna; ma siccome si vorrebbe vedere nella sola uretrite (cosa che fino ad oggi non è stata dimostrata), la causa di questa speciale artropatia, o siccome l'uretrite nella donna è molto più rara della vaginite, così ne risulterebbe il motivo per cui, sopra un dato numero di maschi o di femmine affetti da blennorragia, quest'ultime sieno in minor numero attaccate dall'artropatia blennorragica. Da ultimo, essendo che il reumatismo blennorragico è assai raro nel maschio, ne emerge che i casi di tale affezione che si verificano nella femmina, debbano apparire eccezionali.

A. Ricordi.

logia di questa malattia, onde sarebbe inutile l'entrare in ulteriori speculazioni sull'argomento. [1]

SEDE. — Nessuna articolazione va esente dal reumatismo blennorragico, ma questa malattia prende assai più frequentemente il ginocchio. La tavola seguente mostra l'ordine di frequenza colla quale vennero affette le varie articolazioni, in 81 casi osservati da Foucart, Brandes e Rollet: —

Articolazione	del ginocchio	64
"	" piede	30
"	" femore	15
"	delle dita della mano e del piede	15
"	della spalla	10
"	del carpo	10
"	del gomito	8
"	dello sterno e della clavicola	3
"	delle ossa del tarso	2
"	del sacro ed ileo	2
"	della mascella inferiore	1
"	della tibia e fibula	1
		161

Così in 81 casi si ammalarono 161 articolazioni, 64 delle quali erano il ginocchio. Oltre alle articolazioni il reumatismo blennorragico prende spesso le tonache oculari; come anche le capsule connesse coi tendini muscolari, specialmente il tendine d'Achille, e qualche volta le guaine dei muscoli come nel reumatismo muscolare. Inoltre Ricord dice d'aver veduti parecchi pazienti che

[1] Rollet opina che la spiegazione dell'origine del reumatismo blennorragico, la si deve cercare nella sede della blennorragia. Egli dice: — Non ci deve essere alcuna difficoltà ad ammettere che quando la blennorragia si estende a certi tessuti o a certe porzioni dell'uretra quantunque indeterminati, possa eccitare infiammazione delle articolazioni, nei soggetti costituzionalmente predisposti a questa malattia. —

soffrivano un forte dolore nella regione plantare, dolore che pare avesse sede nelle aponeurosi.

L'articolazione del ginocchio è quindi la sede favorita del reumatismo blennorragico, quantunque lo si possa verificare in tutte le articolazioni del corpo. Questa malattia però è meno prona a cambiar sede da un'articolazione all'altra, che non il reumatismo articolare comune. Questo fatto appare evidente esaminando la tavola che abbiamo esposta or ora, nella quale si vede che in 81 casi non furono ammalate che 161 articolazioni; una media di circa due articolazioni per ogni caso. Io non conosco alcun altro quadro simile, che esponga il numero delle articolazioni ammalate in un dato numero di casi di reumatismo comune; ma la proporzione è senza dubbio molto maggiore. Nella tavola che abbiamo data, in 10 dei 19 casi di Foucart fu affetta una sola articolazione; nei 34 casi di Brandes, il reumatismo fu mono-articolare in 5; e così in 10 dei 28 casi raccolti da Rollet. Questi fatti pertanto, ci ponno dare l'indice di circa un terzo dei casi, nei quali il reumatismo articolare non prese che una sola articolazione; prima però di ritenere definitivamente questa proporzione, ci vorrebbero delle statistiche più estese.

Anche quando il reumatismo blennorragico non si limita ad una sola articolazione, ma si estende ad altre, l'articolazione che si ammalò per la prima non ricupera la condizione solita, come succede spesso nel reumatismo comune; per lo più continua in uno stato di infiammazione anche dopo che la malattia si destò in altre articolazioni. Anche sotto questo rapporto il reumatismo blennorragico differisce dal reumatismo acuto, e si avvicina invece al carattere della gotta reumatica.

È indubitabile, io credo, che il reumatismo blennorragico prende qualche volta anche il cuore; ma è altrettanto certo, che tale complicazione la si osserva assai meno frequentemente che non nel reumatismo articolare acuto. [1] Ricord dice che in parecchi casi chiarissimi di reumatismo blennorragico, egli osservò sintomi di

[1] Io credo che, nelle comuni circostanze, ci sia qualche affezione di cuore, in circa metà dei casi di reumatismo acuto. — (Fuller, on Rheumatism).

endocardite, ed anche di effusione entro il pericardio; peccato che egli non ce ne abbia dato le storie. Le pochissime citazioni di malattie di cuore, nei casi riferiti di reumatismo blennorragico, provano la esposta verità che questa sorta di reumatismo è generalmente esente da tale complicazione. L'unico caso indubitabile ch' io conosca, fu riferito da Brandes: —

Un uomo di 50 anni, ebbe blennorragia cinque volte in dieci anni; ciascuna volta fu seguita da malattie articolari. In un sesto attacco fu preso da dolore violento e ingrossamento di varie articolazioni, specialmente il ginocchio. Pochi giorni dopo, si ebbe infiammazione dell' occhio e del pericardio. Era assai distinto il rumore di sfregamento, e le pulsazioni del cuore irregolari; la percussione dava un suono ottuso su un'estensione considerabile: palpitazione e dolore alla regione precordiale. Tali sintomi migliorarono colla sezione della vena e coi mercuriali. Frattanto si infiammò l'iride dell'occhio destro; dopo una settimana guarì quest'occhio e si ammalò l'altro. Il paziente alla fine guarì, ma gli restò una debolezza delle estremità inferiori per lungo tempo, in modo tale da dover camminare colle grucce per qualche mese.

Mi fu riferito verbalmente un caso analogo occorso nella pratica di uno dei più stimabili chirurghi di questa città; ma i particolari di questa storia, citati solo a memoria, non hanno titoli sufficienti per pubblicarli.

Per quanto io sappia, Ricord è la sola autorità che abbia veduto qualche affezione dei centri nervosi nel reumatismo blennorragico. Egli asserisce d'aver osservati dei sintomi di compressione del midollo spinale e del cervello, quali sarebbero paraplegia ed emiplegia; pare che fossero prodotti da un' accresciuta effusione entro le membrane sierose del cervello e della spina, e seguirono il medesimo decorso dell'affezione delle articolazioni.

Nel reumatismo blennorragico non fu mai osservata alcuna affezione dei polmoni e della pleure.

Il reumatismo blennorragico è essenzialmente un' idrartrosi, e in molti casi l' infiammazione è limitata alla membrana sinoviale dell'articolazione, durante tutto il decorso dell'affezione. La predilezione di questa malattia per le membrane sierose, è manifesta pel fatto che essa prende le capsule in relazione coi tendini, specialmente all'articolazione della mano e del piede. Rollet dice di

aver veduto un solo caso nel quale la sede della malattia fu ad una capsula sviluppatasi accidentalmente sul processo acromio.

Sintomi. — Descrivendo i sintomi del reumatismo blennorragico, è bene prendere quelli del reumatismo articolare comune, come punto di paragone. Procedendo così, troviamo che il reumatismo blennorragico esordisce generalmente con disturbi febbrili men di rado del reumatismo comune. In qualche caso non v'è alcun prodromo, e il paziente non si occupa per nulla delle sue articolazioni, fino a che non si è determinata l'effusione, poichè allora i movimenti si fanno dolorosi o stentati. Altre volte non si avverte che un leggier brivido e qualche doloro errante prima che il male abbia fissata sede in qualcuna delle articolazioni; o v'hanno casi eccezionali nei quali i sintomi infiammatorj, sull'esordire, sono d'una violenza paragonabile a quelli del reumatismo acuto.

Quando si è stabilita la malattia articolare, il dolore s'aumenta ed è spesso grave; ma anche qui troviamo sintomi meno acuti, generalmente parlando, che nel reumatismo comune. Anche in quei casi nei quali il dolore locale e forte, v'è un eccitamento febbrile molto minore: l'esame del sangue cavato da Rollet in cinque casi, o da Foucart in uno, non esibì quell'aspetto a coppa o la cotenna flogistica del coagulo, come spesso si vede nel reumatismo acuto.

Gli integumenti che coprono l'articolazione malata, mantengono per lo più il loro solito colore; qualche volta però assumono il rossore dell'infiammazione. Quando la malattia ha sede nell'articolazione del ginocchio, come succede il più delle volte, si osservano facilmente i sintomi di una effusione sierosa dentro la capsula. La rotella è elevata sul femore e mobile; l'articolazione prende la forma di un cubo; la depressione normale a ciascun lato della rotella è occupata da un gonfiore, o facilmente si avverte la fluttuazione; il processo infiammatorio è limitato alla membrana sinoviale, e il tessuto fibroso e il tessuto osseo sono sani. La raccolta dello siero, necessariamente altera la mobilità dell'articolazione; ogni pressione, ogni tentativo di movimento è doloroso. Se la malattia non cede tosto alla cura, vengono ad esservi interessati altri tessuti lì intorno, e allora osserviamo rossore della cute, con injezione va-

scolare, e relativo aumento di dolore con febbre, come nei casi di reumatismo acuto.

Quei casi di reumatismo blennorragico che incominciano con sintomi infiammatorj decisi, sono quelli che più facilmente si arrendono alla cura; quelli invece, nei quali non si ha che poca febbre, e poco più d'una effusione passiva nel sacco sinoviale, sono i più ostinati.

In ogni modo, in qualunque caso di tale malattia, la guarigione non si ottiene quasi mai prima di un mese o sei settimane; e spesso si prolunga per qualche mese, per anni, specialmente quando il paziente è indebolito, e quando l'affezione uretrale o vien trascurata o non cede al trattamento.

Non trovo necessario di descrivere i sintomi dell'affezione cardiaca che qualche volta complica un caso di reumatismo blennorragico, poichè questi sintomi non sono diversi da quelli dell'endocardite e della pericardite che accompagnano il reumatismo acuto comune. Mi occuperò invece specialmente dell' infiammazione oculare che spesso precede od accompagna, o che qualche volta si alterna colla malattia articolare, e che palesamente dipende dalla medesima condizione generale dell'organismo.

La maggior parte dei casi di reumatismo blennorragico, finiscono presto o tardi colla completa risoluzione, quantunque possano rendere il paziente storpio od infermiccio per lungo tempo. Raro è che succeda la suppurazione entro la capsula. Velpeau, Foucart, Bonnet, Brandes e Rollet dicono che ciò non avviene mai; è ammesso invece da Ricord, il quale soggiunge però che ciò si deve a qualche causa accessoria dell'infiammazione; Vidal cita un caso occorso a lui, nel quale si dovette aprire l'articolazione ed evacuare la raccolta purulenta. L'anchilosi, specialmente delle minori articolazioni, è una terminazione più frequente del reumatismo blennorragico; nei soggetti scrofolosi questa malattia viene spesso seguita da quell'affezione delle articolazioni conosciuta col nome di tumor bianco; quì, come in altri casi, una cachessia costituzionale sceglie la parte più debole del corpo quale sede della sua manifestazione.

Il Dr. Holscher [1] cita un caso di reumatismo blennorragico che

[1] Annales de Holscher, 1844.

finì colla morte. Si formò un ascesso nell'articolazione malata, e ne seguì l'infezione purulenta.

L'epoca in cui manifastasi il reumatismo blennorragico durante il decorso di una blennorragia è più variabile che non quella della epididimite. In alcuni casi l'affeziono articolare occorse durante il periodo acuto, o nella prima o seconda settimana di durata dello scolo; però nella maggior parte dei casi troviamo che il reumatismo manifestasi in un periodo posteriore, quando la secrezione uretrale passò già il suo massimo. Qualche giorno prima dell'esordire del reumatismo lo scolo, in generale, si fa più copioso; ciò rilevasi singolarmente nei casi di scolo di vecchia data che furono accompagnati da parecchie ripetizioni dell'affezione articolare, ciascuna delle quali seguì un esacerbamento dello scolo uretrale. Quei casi nei quali lo scolo diminuisce d'un tratto o cessa affatto dopochè s'è manifestato il reumatismo, non ostante l'opinione contraria espressa così di frequente, si devono ritenere come rari od eccezionali, e non sufficienti a formare base di una teoria di metastasi. Nel decidere questo punto cui si diede tanta importanza, bisogna tener presente che se il reumatismo occorre qualche settimana dopo il contagio, lo scolo avrà probabilmente diminuito di qualcosa, e ciò seguendo il decorso che tiene generalmente, anche in quei casi che sono affatto liberi da qualunque complicazione. Determinatasi la malattia articolare, in molti casi lo scolo diminuisce sensibilmente, per effetto di una azione revulsiva. In altri esempj, che Rollet calcolò a circa un terzo, si mantiene senza tanto cambiamento. Raro è che scomparisca interamente, fuor che come risultato della cura.

Il reumatismo blennorragico a differenza del reumatismo acuto o come la gotta, prende frequentemente l'organo della vista. [1] In questi casi l' affezione oculare è quella forma di ottalmia go-

[1] Nel vero reumatismo è raro che si ammali l'occhio; così raro che io non conosco alcun cenno di affezione alcuna oculare oltre i 4 su 379 casi di reumatismo acuto e sub-acuto ricevuti nell'ospedale di S. Giorgio durante il tempo ch'io vi disimpegnai la carica di *Medical Registrar*. Ma nella gotta reumatica non è raro il caso di vedervi complicato l'occhio. L'osservai infiammato in 11 su 130 casi di gotta reumatica ricevuti durante il medesimo periodo; quest'organo fu malato più o meno gravemente in 5 su 75 casi che furono da me curati nel medesimo ospedale. — (Fuller).

norroica o blennorragica che fu descritta dagli autori come *metastatica* o *simpatica;* ma la diversità del modo di origine, dei sintomi, della prognosi e della cura tra questa forma di ottalmia e la congiuntivite purulenta da contagio è così grande, che sarebbe desiderabile distinguere le due forme con due nomi diversi, adoperando il nome di ottalmia blennorragica solo per quella forma di affezione oculare che accompagna il reumatismo blennorragico. Prima di procedere ad ulteriore discussione su questo punto, tornerà interessante ed istruttivo il paragonare le idee dei diversi autori, relativamente a queste due malattie.

Tyrrell [1] nega l'esistenza dell'ottalmia blennorragica associata alla congiuntivite purulenta e nata d'altronde che da contagio; ma ammette una sclero-congiuntivite, dipendente com' egli suppone dalla metastasi della blennorragia.

Mackenzie ammette una congiuntivite blennorragica da contagio, da metastasi e da simpatia, ed anche una irite blennorragica.

Lawrence [2] ammette tre forme distinte d'infiammazione ottalmica, o combinate o dipendenti della blennorragia, cioè 1.° L'infiammazione acuta della congiuntiva. 2.° L'infiammazione mite di questa membrana. 3.° L'infiammazione della sclerotica, qualche volta estendentesi anche all'iride.

Parlando di quest'ultima forma, Lawrence dice: — Tale affezione dell'occhio è precisamente la medesima dell'infiammazione reumatica della sclerotica e dell'iride, che succedono indipendentemente della blennorragia. Tanto questa, quanto l'infiammazione leggiera della congiuntiva, dovono ritenersi come affezioni reumatiche dell'organo eccitatevi dalla blennorragia, il che è quanto dire, che si determinano in individui nei quali questa disposizione costituzionale viene spiegata dall'infiammazione delle membrane sinoviali e dei tessuti fibrosi dello articolazioni. Quantunque a prima vista sembri che gli organi sieno assai diversi, v'è nondimeno un'analogia di struttura tra le varie parti che soffrono nei due esempj; cioè tra le membrane sinoviali e la congiuntiva; tra i legamenti, tra la guaina fibrosa e la sclerotica. Ond'è che non ci dobbiamo meravigliare se gli

[1] Diseases of the Eye, vol. I. 387.

[2] On the Venereal Diseases of the Eye, 1830.

occhi patiscano l'influenza di questa condizione malsana dell'organismo, che mena a tali affezioni delle articolazioni. Il tessuto originariamente affetto, quello che riveste l'uretra, è anch'esso una membrana mucosa, che qualche volta si infiamma con secrezione puriforme, in soggetti gottosi o reumatici per cause interne. —

Ricord ammette due sorta di ottalmie blennorragiche; una da contagio, l'altra metastatica e simpatica; quantunque egli stabilisca che l'ultima possa presentare tutti i sintomi della prima, pure la descrizione ch'egli ce ne dà è assai diversa da quella della congiuntivite purulenta non complicata. Egli dice: — Sono injettati non solo i vasi congiuntivali, ma anche quelli della sclerotica; l'occhio è più teso e più lucente del naturale; la cornea un po' più prominente, l'iride alquanto allontanata: in certi casi possiamo credere che l'umor acqueo è in maggior quantità. Qualche volta v'hanno sintomi di irite, come per esempio un cambiamento del color dell'iride, la contrazione della pupilla la quale è distorta di rado e un maggior o minor grado di fotofobia. L'umor aqueo può essere leggiermente torbido, lattiginoso o come coagulato, per l'infiammazione della membrana del Descemet; si ponno anche formare delle false membrane che danno poi luogo ad aderenze o a pseudo-cataratte. Non si vedono però mai le pustole dell'iride, o i così detti candiloma dell'iride, come nelle iriti sifilitiche. Succede nell'occhio un processo analogo a quello che osserviamo nelle membrane sinoviali nei casi di uretrite blennorragica la quale come già dissi, accompagna qualche volta questa sorta di ottalmia o si alterna con essa. L'ottalmia blennorragica simpatica, se non è disturbata per altra parte, ha un decorso più irregolare, ed è più facile a recidivare che non l'ottalmia da contagio. Essa cambia sovente di sede ciò che non succede in quest'ultima. — Si vede che i sintomi dati in questa descrizione appartengono all'infiammazione dei tesuti profondi dell'occhio, specialmente la sclerotica e l'iride, piuttosto che alla congiuntivite non complicata; e non ostante che Ricord dica dopo, che i sintomi dell'affezione simpatica possono essere identici a quelli dell'ottalmia blennorragica da contagio, è evidente ch'egli ci sta descrivendo una differente affezione.

Finalmente Rollet [1] partì dal punto che l'ottalmia blennorragica

[1] Op. cit.

simpatica è quasi sempre una infiammazione della membrana di Descemet, e che essa è sempre una manifestazione del reumatismo blennorragico. Questo autore fa osservare il fatto già frequentemente segnalato da altri, che questa forma di ottalmia è generalmente associata al reumatismo blennorragico; ma egli inclina anche a credere che possa esistere da sola senza alcuna affezione articolare, e che come spesso abbiamo una sola articolazione presa da reumatismo blennorragico, così l'occhio può essere la sola parte del corpo nella quale si venga a manifestare la tendenza reumatica.

Per quanto concerne la sede di questa affezione, Rollet non nega che la possa essere in qualch'altra delle tonache oculari, ma egli sostiene che nella maggior parte dei casi essa è nell'iride. E va più in là, ed asserisce che è lo strato anteriore dell'iride quello che viene attaccato dal processo infiammatorio, il quale può estendersi alla lamina posteriore della cornea. Secondo questo autore pertanto, tale affezione è un acqueo-capsulite, o più propriamente parlando una cherato-irite, i sintomi della quale sono i seguenti: injezione dei vasi congiuntivali e specialmente della zona dei vasi sclerotici intorno alla cornea; qualche volta fotofobia ed epifora; aspetto nebuloso della cornea; l'umor acqueo aumentato; il colore dell'iride più oscuro, e un deposito di materiale plastico nella camera anteriore (cui Mackenzie dice essere di un grado diverso in tutte le altre forme di irite) e che cagiona un oscuramento della visione molto notabile. In generale si ammalano tutt' e due gli occhi insieme, o consecutivamente. La malattia può terminare colla risoluzione, o coll'atresia dell'iride. Essa differisce dall'irite sifilitica, in quanto quest'ultima affetta la sostanza dell'iride, ne altera maggiormente il colore, dà spesso origine ad escrescenze tuberculari, deforma d'assai la pupilla, e più facilmente è causa di adesioni tra l'iride e la capsula anteriore della lente. Secondo l'opinione di Rollet, i sintomi della irite blennorragica ora descritti, sono così costanti e così differenti dagli effetti che fa sull'occhio il reumatismo comune, ch'egli ritiene questa affezione come prova che il reumatismo blennorragico è una specie distinta dal reumatismo prodotto da altre cause.

Ne deriva che parecchi autori riconobbero il fatto, che l'ottalmia blennorragica simpatica dipende dalla medesima condizione generale dell'organismo che il reumatismo blennorragico. Più, in tutti i casi

che io potei sapere riferiti, queste due malattie stettero insieme per un breve spazio di tempo; in tutti l'affezione dell'occhio o fu preceduta, o seguita dal reumatismo e in qualche caso si alternarono l'un l'altra.

Ancora, i tessuti dell'occhio ammalato sono i medesimi che quelli comunemente involti nella gotta, colla quale il reumatismo blennorragico ha tanti altri punti di ravvicinamento. Queste considerazioni sono per me sufficienti a stabilire l'identità delle due malattie, e ad autorizzare la conclusione, che questa affezione dell'occhio non è che una manifestazione del reumatismo blennorragico. Non vi si può fare l'opposizione che l'ottalmia precede qualche volta l'affezione articolare, perchè succede lo stesso dell'infiammazione del cuore che segue il reumatismo acuto, [1] e si può anche ammettere che in qualche caso, quantunque io non ne abbia mai veduto alcuno, la malattia dell'occhio sia la sola manifestazione della disposizione reumatica, mentre le articolazioni rimangono affatto inalterate.

La presente classificazione di questa forma di ottalmia cancella molte difficoltà che c'erano per lo addietro in questo argomento, e riconcilia molte discrepanze che si trovano nei libri. La congiuntivite blennorragica mite di Lawrence, la sclero-congiuntivite blennorragica di Tyrrell, e l'irite blennorragica di Mackenzie ed altri, sono essenzialmente la stessa malattia, dipendente da una disposizione reumatica indotta da blennorragia, e che può manifestarsi in ciascuna delle tonache esterne dell'occhio. La difficoltà di ammettere una malattia dell'occhio che ha origine da blennorragia, altrimenti che da contagio, è tolta; or non è più necessario di tirare in scena la poca nettezza dei pazienti, o di sospettare sifilide costituzionale allorquando non ce n'è alcuna prova; gli oscuri fenomeni dell'ottalmia blennorragica metastatica e simpatica, concordano colle leggi che governano l'ottalmia reumatica comune.

Nella seguente tavola di casi di ottalmia reumatica blennorragica,

[1] Riassumendo i fatti principali degni di menzione, riferibili all'infiammazione reumatica del cuore, dirò che questa infiammazione è *incidentale* di qualunque periodo del reumatismo acuto; che occorre qualche volta prima che incominci l'infiammazione delle articolazioni, ed anche in qualche raro caso senza che ci sia alcun sintomo articolare attivo. — (Fuller, con Rheumatism).

ho compresi tutti i fatti più salienti che ad ora ad ora si pubblicarono da alcuna delle più eminenti autorità nostre. Molti furono riferiti dai loro autori come esempj di congiuntivite, di irite ed altro, blennorragiche, metastatiche o simpatiche. In molti casi i particolari sono assai imperfetti, e assai probabilmente in alcuni la malattia dell'occhio non fu che una semplice ottalmia cattarale coesistente colla blennorragia; ma pensai meglio di non farne alcuna scelta onde il lettore, da questi fatti messigli innanzi, potesse tirarne più facilmente conclusioni sue proprie.

Questa tavola comprende quasi tutti i casi cho io ho potuto trovare, ricercando abbastanza largamente nelle opere sulle malattie veneree e su quelle degli occhi.

CASI RIFERITI DI COSÌ DETTA OTTALMIA BLENNORRAGICA METASTATICA.

1	Brodie, Select surgic. Works, Diseases of the joints; Phil. 1847, p. 35.	Individuo di 45 anni.	Quattr. attacchi.	Ebbe blennorragia alla metà di giugno 1817; Reumalismo al piede che cominciò il giugno 23; ottalmia 24 giugno; congiuntiva assai infiammata con abbondante secrezione di pus. Guarigione perfetta. 2.° attacco dicem. 1817, simile al precedente, ma che lo lasciò storpio. 3.° e 4.° attacco nel marzo 1818 e 1822 nei quali l'infiammazione ebbe sede nelle tonache propriamente dette dell'occhio (sclerotica, iride e coroide).
2	Ibid. p. 36	Caso citato con poca chiarezza.	Nove.	In quattro attacchi, ottalmia purulenta; in due, infiammazione della sclerotica e dell'iride; infiammazione delle varie articolazioni e di capsule mucose.
3	Ibid. p. 37	——	Due.	Blennorragia nel 8?9, con epididimite, ottalmia purulenta e infiammazione delle membrane sinoviali. Nel 1814 attacco consimile tranne l'epididimite.
4	Ibid. p. 37	Paziente con stringimenti uretrali.	Quattro.	In tutti e quattro gli attacchi, l'uretrite fu il primo sintomo; fu seguito da ottalmia purulenta e infiammazione delle membrane sinoviali. Due volte la blennorragia fu attribuita al contagio, e nelle due altre volte all'uso delle candelette.
5	Ibid. p. 38	Paziente	Uno.	Scolo purulento dall'uretra: infiammazione

		d'anni 23.		dei ginocchio con effusione; infiammazione leggiera della congiuntiva, che cedette coll'uso di rimedj diretti contro il reumatismo.
6	Lawrence on the Vener. Diseas of the Eye; London 1030, p. 104.	J. Harley, d'anni 38 non ebbe mai reumatismo prima d'ora.	Uno.	Un mese dopo la comparsa della blennorragia fu preso da *infiammazione esterna acuta* d'ambidue gli occhi, ne risultò ulcerazione estesa della cornea e alterazione di vista; entro una settimana dal principio dell'ottalmia, ebbe reumatismo in varie articolazioni.
7	Ibid. p. 107	Un signore di 52 anni.	Parecchi.	Leggiero scolo uretrale nel 1822 che il paziente non attribuì ad infezione, seguito da infiammazione della congiuntiva, chemosi e scolo puriforme. Questi sintomi oculari scomparvero collo stabilirsi del reumatismo in un ginocchio e in tutt'e due le mani; migliorando il reumatismo gli occhi tornarono ad infiammarsi. Questo attacco durò due anni. Il paziente fu riveduto nel 1828. Nessuna ricorrenza di reumatismo acuto, quantunque le articolazioni fossero ancora ingrossate pel vecchio attacco. Dopo la prima visita, ebbe almeno sei volte infiammazione dell'occhio; la contrazione delle pupille e le adesioni alla capsula mostravano che era stata interessata l'iride. Lo scolo uretrale non ritornò.
8	Ibid. p. 111	Sig. G. di 33 anni, di buona costituzione; non soffrì mai di reumatismo.	——	Il 9 luglio 1827 comparve uno scolo uretrale; gli occhi si infiammarono il 23 luglio; i sintomi furono quelli della congiuntivite acuta semplice senza chemosi nè scolo purulento profuso. Il 24 luglio forte dolore all'anca ed alla coscia. Il paziente migliorò e lo si credette guarito, ma ebbe una breve recidiva di scolo uretrale, ottalmia e dolore all'anca, dopo un coito, il 9 agosto.
9	Ibid. p. 114	Sig. C. di 38 anni; epatico e soggetto a reumatismo.	Uno.	Blennorragia seguita da infiammazione, con effusione al ginocchio e gonfiore alle mani. I sintomi miglioravano e lo scolo uretrale era cessato, quando sopravvenne in ambidue gli occhi una leggiera infiammazione della congiuntiva; cessò in pochi giorni coll'uso di lozioni tiepide.
10	Ibid. p. 115	Sig. C. di 30 anni; individuo dimagrito e di vita sedentaria.	——	In pochi anni di matrimonio ebbe quattro attacchi di scolo dall'uretra, senza infezione. L'ultimo dei quattro fu accompagnato da gonfiore doloroso del piede con ingrossamento delle ghiandole inguinali. Quattro anni dopo (giugno 1827) ebbe un'acqueo-capsulite acuta nell'occhio sinistro, con effusione copiosa di linfa nella camera anteriore; la cura riuscì a vincere tutti questi sintomi. Il 7 settembre contrasse blennorragia per coito impuro. Il 18 settem. si ebbe leggiera

				congiuntivite in ambidue gli occhi, e il 21 settemb. reumatismo al piede ed alle estremità superiori, continuando tuttora lo scolo uretrale. Nel febb 1828, ebbe infiammazione grave delle tonache esterne e dell'iride in ambidue gli occhi; rimase ancora un po' di rigidità nelle articolazioni; nessun cenno dello scolo uretrale.
11	Ibid. p. 118	Individuo parco e di buona costituzione; ebbe sempre buona salute; d'anni 28	Uno.	Durante il miglioramento della blennorragia comparve il reumatismo alle articolazioni del piede e del ginocchio. seguito in breve tempo da infiammazione della sclerotica e dell'iride in ambidue gli occhi, che lasciò permanente aderenza tra l'iride e la capsula anteriore.
12	Ibid. p 120	D'anni 24 e di buona costituzione.	Due	1.° attacco. Contrasse blennorragia con sintomi assai gravi. In tre settimane ambidue gli occhi diventarono ross ed infiammati, dolorosi ed eccessivamente sensibi l alla luce, lacrimazione e secrezione mucosa (infiammazione della sclerotica e dell'iride) Non si fa cenno di alcuna affezione articolare. 2.° attacco. Occorse 8 mesi dopo il primo. Come prima, una blennorragia grave seguita dopo quindici giorni da una congiuntivite che scomparve in pochi giorni. Dopo due settimane circa la blennorragia continuava ancora, e gli occhi cominciarono ad infiammarsi; l'infiammazione aveva sede nelle tonache profonde. Tosto dopo comparve il reumatismo in tutte le articolazioni del corpo, e più specialmente ai ginocchio Il paziente stette bene per circa due anni, poi ebbe un grave reumatismo senza alcuna affezione oculare.
13	Ibid. p. 123	Individuo d'anni 25.	Uno.	Il paziente aveva avuto da poco tempo un leggier scolo blennorragico, quando comparve infiammazione delle tonache interne e dell'iride in ambidue gli occhi, seguita dopo pochi giorni da infiammazione del ginocchio. Gli occhi guarirono in un mese, l'uretrite e il reumatismo continuarono ancora per un anno.
14	Ibid, p. 124	Sig. F. d'anni 29.	Uno.	Dopo cinque settimane di una blennorragia, ebbe gravi dolori al dorso, ai fianchi e alle membra inferiori; perdurati per quindici giorni, comparve injezione dei vasi della sclerotica con lacrimazione profusa ed oscuramento della vista.
15	Ibid. p. 127	Sig. L. d'anni 29.	—	Nove anni prima ebbe un attacco di blennorragia, non accompagnata da alcuna affezione reumatica. Quattro anni prima ebbe blennorragia seguita da reumatismo che prese i piedi specialmente.

				Dieci mesi prima, una terza blennorragia, seguita in una settimana da reumatismo ai piedi, che continuò finora; frattanto s' ebbe una sclero-irite in ciascun occhio.
16	Tyrrell v. I, p. 387.	Individuo d'anni 46	Quattro.	Blennorragia; infiammazione di varie articolazioni con effusione; infiammazione della congiuntiva e della sclerotica in ciascun occhio, in uno si estese all'iride ed alla coroide. Non ci si dà l'ordine di successione di questi sintomi. Tre altre volte, similmente.
17	Ibid. p. 392	Individuo d'anni 20, scrofoloso e di buona compless.	Uno.	Passato il periodo acuto di una blennorragia, infiammazione della capsula sinoviale del ginocchio, e della congiuntiva e sclerotica di ciascun occhio.
18	Ibid. p. 394	——	Uno.	Caso analogo all'ultimo.
19	Ibid. p. 394	——	Uno.	Caso analogo ai due precedenti, tranne che l'infiammazione si estese all'iride e alla coroide in ciascun occhio.
20	Ibid. p. 395	——	Sei o sette.	Ciascun attacco fu preceduto da una leggiera blennorragia; nessuna infiammazione delle membrane sinoviali, ma dolori reumatici alle spalle, alle braccia e al collo prima della malattia oculare; infiammazione della congiuntiva e della sclerotica, dolore gravativo al globo dell'occhio e al sopracciglio che cresce nella notte, l'iride più scuro, pupilla irregolare, miodesopsia.
21	Welch, Practical Treat. on the Diseases of the Eye: London 1820, p. 243.	Individuo d'anni 23.	Due con cinque anni di frattempo.	In ciascuna volta la remittenza della blennorragia era accompagnata da reumatismo del ginocchio e delle articolazioni del piede, seguita da infiammazione della sclerotica e dell'iride; pupilla irregolare e contratta, sinechia, opacità della capsula della lente, vista alterata. In nessun attacco fuvvi chemosi nè scolo purulento. Nel primo vi era epididimite.
22	Prof. Graves, Lond. Med. Gaz. nuova serie, vol. I, p 440.	P. d'anni 33	Quattro.	La blennorragia in ciascun attacco seguiva il suo corso fino a che lo scolo e l'infiammazione cominciarono a declinare; allora gli occhi si infiammavano sempre, presentando tutti i sintomi della congiuntivite acuta semplice, e dopo pochi giorni vi si interessavano la sclerotica e gli altri tessuti Durata per qualche giorno l'ottalmia, si manifestava sempre in qualcuna delle articolazioni, l'infiammazione acuta.
23	Sir Astley Cooper, Lectures on the	——	Tre.	Un signore americano ricorse ad Astley Cooper per essere curato da una blennorragia, e gli disse che in altre due volte egli aveva avuto infiammazione degli occhi e reu-

	Principles and Practice of Surgery: London 1835, p. 482.			matismo alle articolazioni. Astley gli raccomandò di far in modo che l'occhio non venisse menomamente contaminato colla secrezione uretrale. Dopo tre giorni quei signore aveva un'*ottalmia* in ambidue gli occhi, che fu guarita con molta difficoltà; e dopo tre giorni ancora v'era reumatismo a tutt' e due i ginocchi. (È chiaro che in questo caso la malattia dell' occhio non era una congiuntivite purulenta).
24	Roliet, Annuaire de la Syphilis; anno 1858, p. 19.	Individuo di anni 24 ricoverato nell'ospedale dei Venerei a Lyon.	Uno.	L'infiammazione degli occhi cominciò otto giorni dopo la blenorragia; rossore delle congiuntive, lagrimazione, cornea leggiermente opaca, atresia e irregolarità della pupilla, dolori circumorbitali. Quattro giorni dopo ch'era comparsa la malattia degli occhi, ebbe luogo infiammazione del ginocchio con effusione.
25	Ibid. p. 20.	Individuo di anni 30; non ebbe mai reumatismo.	Uno.	La malattia de l'occhio incominciò otto giorni dopo lo scolo uretrale. Ammalato il solo occhio sinistro; injezione dei vasi congiuntivali; pupilla irregolare, l'iride più scura dell'altra; leggiera opacità nel campo pupillare, dolore alla regione orbitale. In sette settimane circa sopraggiunse l'infiammazione delle articolazioni del ginocchio e del piede: la malattia uretrale continuava.
26	Branches, Arch. génér. de Med. Sett. 1854.	——	Due coll' intervallo di tre anni.	1.° attacco. Il giorno appresso la comparsa di una blennorragia, il paziente cominciò a soffrire di *ottalmia* in ambidue gli occhi, e dolore in una spalla. L'ottalmia guarì. Dopo un certo tempo, parecchie articolazioni si ammalarono per reumatismo, l'iride si infiammò, e si ebbe ipopio. 2.° attacco. L'ottalmia si manifestò cinque giorni dopo la blennorragia, e dopo otto giorni, il reumatismo; si infiammò l'iride, e si ammalarono varie articolazioni.
27	Medesimo autore.	Il paziente ebbe stringimento, e queste varie recidive non dipendettero probabilmente da contagio.	Cinque coll' intervallo di uno o due anni di tempo.	Infiammazione dell'iride, seguita da reumatismo, in ciascuna volta

In tutti i casi che abbiamo or ora riferiti, la malattia oculare fu preceduta, accompagnata o seguita da reumatismo. Nella maggior parte delle volte l'ottalmia precedette il reumatismo.

Presi insieme tutti quei casi riferiti abbastanza in dettaglio da poter determinare la sede dell'affezione oculare, in circa due terzi erano principalmente affetto la clerotica e l'iride; nell'altro terzo, la congiuntiva. In quest' ultima sezione , si notò qualche volta scolo purulento e chemosi: non pare che l'infiam mazione assumesse la gravezza dell'ottalmia blennorragica da contagio, fuor che nel solo caso 6' che terminò coll'ulcerazione della cornea; la maggior parte dei casi cedettero facilmente alla cura.

Onde possiamo concludere che il reumatismo blennorragico, come la gotta, può prendere qualunque delle tonache oculari, quantunque più spesso involga la sclerotica dalla quale può estendersi alla congiuntiva, all'iride, ad altri tessuti. [1] Bisogna tener presente che il legame vascolare tra i diversi tessuti dell'occhio è assai intimo, e che il processo infiammatorio non si limita mai ad una sola porzione del globo. Io credo probabilissimo che molti casi di ottalmia reumatica blennorragica, descritti quali congiuntiviti, non fossero in realtà che sclero-congiuntiviti, nei quali l'injezione dei vasi congiuntivali mascherò quella della sclerotica; ciò dovrebbe essere indicato dal dolore orbitale e circumorbitale del quale sovente si parla. Al tempo stesso bisogna confessare che in alcuni esempj, la sede principale della malattia è stata la congiuntiva, e che la presenza di una secrezione muco-purulenta e di un certo grado di chemosi, trasse in errore facilmente, e fece credere questi casi quali ottalmie blennorragiche da contagio. Il carattere mito della malattia, la storia e le abitudini del paziente e l'esistenza del reumatismo, sono in questi esempj i principali dati sui quali fondare la diagnosi. Quando un paziente ebbe ammalati gli occhi o le articolazioni in una blennorragia precedente, o quando il reumatismo blennorragico sta con un'ottalmia la quale non presenta i sintomi gravi della congiuntivite purulenta, v'è molta probabilità che la sia di forma reumatica, quand'anche la congiuntiva sia la più ammalata. E non di rado l'ottalmia reumatica, cessata affatto in un occhio nasce nell'altro, o ritorna una seconda volta nel primo, il quale decorso non è mai quello dell'ottalmia blennorragica da contagio.

[1] Questi casi non confermano quanto disse Rollet che l'ottalmia reumatica blennorragica è sempre una cherato-irite.

La precedente tavola ci dimostra che nella massima parte dei casi, i sintomi dell' ottalmia reumatica blennorragica sono quelli della sclerotite, della irite o della cherato-irite, o isolate o combinate. Io non descriverò i segni caratteristici di queste diverse forme, giacchè sono identici a quelli delle affezioni stesse sorte per altre cause. Dirò solo che quando vi è interessata l'iride, in generale pare che lo sia secondariamente, o che l' infiammazione vi è più limitata e più superficiale che in altra forma di irite; onde il pericolo di aderenze alla capsula della lente e di atresia dell'iride è minore, e la superficie dell'iride non ci presenta forse mai le escrescenze tuberculari.

Diagnosi. — Il dover ammettere il reumatismo blennorragico quale malattia distinta, non dipende punto dalla questione se esso presenti o meno qualche sintomo diverso da quelli del reumatismo comune. L'infiammazione dell'epididimo, identica all'ingrossamento del testicolo che accompagna la blennorragia, può venire eccitata da altre cause; quand' anche non si ammettano segni diagnostici del reumatismo cagionato da uretrite, saremo ancora guarentiti adoperando l'espressione: reumatismo blennorragico, in quanto che indica il nesso tra le due malattie.

La malattia di cui ci occupiamo, differisce in certi punti e dal reumatismo acuto, e dalla gotta, quantunque assai più affine all'ultima che al primo.

Differisce dal reumatismo acuto, in quanto mancano i sintomi precursori o sono assai poco marcati, il disturbo generale è minore, si limita a poche articolazioni, preferisce le membrane sinoviali, raramente prende il cuore ma spesso gli occhi, è persistente, è raro nella donna. Differisce dalla gotta in questo, che le influenze ereditarie, per quanto si sa finora, non ci hanno alcuna parte, assai frequentemente si manifesta al ginocchio, preferisce il sesso maschile e non lascia quasi mai alcuna traccia permanente.

Non tutti si troveranno soddisfatti da questi punti differenziali, nè li crederanno sufficienti a stabilire una specie distinta di reumatismo. Se anche la classificazione del regno animale e del vegetale è tuttora lungi dall'essere stabilita e precisa, ancor meno si può pretendere che vi siano leggi fisse per determinare quale sia

il grado di differenza che giustifichi una specie distinta, nella storia naturale della malattia. Tutto quanto possiamo dire circa al reumatismo blennorragico, è cho nei casi marcati, esso presenta certo forme caratteristiche che bastano a indicarcene l'origine, anche ignorandola. Ma in certi esempj, i sintomi rassomigliano a quelli di altre forme di reumatismo, in modo che non ne possiamo sospettare il carattere, se non occupandoci di ricercare se il paziente ebbe blennorragia.

Ond'è che in un dato caso può riuscire assai difficile il determinare se la malattia articolare dipenda dall' uretrite, o non sia che nn incidente; se però il disturbo dell' organismo è poco, se sono poche le articolazioni ammalate, specialmente se è il ginocchio, se la malattia è principalmente limitata alla membrana sinoviale (come lo indica l'effusione articolare o il grado leggiero di calore e rossore esternamente) e se ha poca tendenza a migrare da un'articolazione all'altra, allora si può dire che la blennorragia e il reumatismo sono in relazione di causa e di effetto. La probabilità diventerà maggiore se il paziente non ebbe mai reumatismo; o *a fortiori* se lo ebbe, ma solo unitamente a precedenti blennorragie.

Natura. — Questa facoltà della blennorragia di destare reumatismo, fu invocata quale argomento a sostegno dell'opinione, che la blennorragia è una forma modificata di sifilide; e si disse che il reumatismo dipendeva dall'assorbimento di un veleno specifico dall'uretra. A questa idea si aggiunse la supposizione che non si potesse dare altra spiegazione sufficiente del nesso che sta tra queste due malattie; e prima che lo si trovasse non si pensò altra alternativa fuor cho la teoria di un virus sifilitico e blennorragico. Si domandò: Se il reumatismo non è prodotto dall' assorbimento di nn veleno specifico, da cosa è prodotto?

Questa maniera di ragionare è basata su una conoscenza assai grossolana di quanto si sa circa alle cause ed agli effetti delle malattie. Il nesso tra la blennorragia e il reumatismo non è che uno dei molti esempj nei quali il legame tra dne malattie ci sfugge quantunque sia chiaro e indubitabile. Chi, per esempio, potrà spiegarci la febbre intermittente occasionata da uno stringimento uro-

trale o la relazione che passa tra la corea e il reumatismo in modo che quasi tutti i fanciulli che hanno l'una avranno anche l'altra, o la ragione per la quale la malattia delle capsule sopra-renali cagiona il color bronzo della pelle? E così via nell'eziologia di tutte le malattie; se ci proviamo a sciogliercі dalla familiarità d'osservazione, acquistata nell'esame giornaliero del nesso tra le malattie e tutte le cause che le producono, come riescono pochi gli esempj nei quali intendiamo realmente il meccanismo del processo!

I fatti che succedono di raro, riescono maravigliosi: ma se accadono di frequente o si combinano con altri fenomeni conosciuti, l'intelletto li accoglie senza scomporsi. Forse che questo è un fatto unico che un'affezione locale, affatto priva di proprietà specifiche, sia capace di eccitare reumatismo? Niente affatto. Il Dr. Fuller il quale opina che la causa prossima del reumatismo sia un veleno generato nell'organismo (non assorbito dal di fuori), quale risultato di un processo di metamorfosi sbagliata, parla così dell'influenza della malattia locale: —

— Le diverse parti dell'economia animale sono così legate le une alle altre, che un disordine locale genera disturbo generale, e, in date circostanze, sembra indurre nell'organismo una condizione favorevole allo sviluppo del veleno reumatico; condizione dell'organismo che nasce non come diretta e immediata conseguenza di una secrezione sospesa, ma come sequela o pervertita funzione, orditasi a poco a poco nell'organismo in conseguenza di una imperfetta o morbosa azione locale. Gli eccessi della venere e ogni altra sorta di eccesso protratto, producono spesso il reumatismo, come anche l'allattamento tirato in lungo smodatamente. I fenomeni della blennorragia ci dimostrano mirabilmente, come una malattia locale possa far nascere a poco a poco un disturbo generale dell'organismo fin'anche alla produzione della materia peccante del reumatismo. — [1]

Questo nesso tra le malattie locali in generale e l'infiammazione articolare venne riconosciuto anche da altri osservatori; non ce ne dobbiamo quindi meravigliare; nè meno c'è necessità di supporre l'assorbimento di un veleno specifico, quando vediamo che l'infiammazione dell'uretra può eccitare il reumatismo.

[1] Fuller, on Rheumatism, p. 35.

Nè mancano modi a dimostrare che i fenomeni del reumatismo blennorragico non si possono spiegare, ammettendo che l'organismo abbia assorbito dal di fuori il veleno sifilitico o qnalch' altro veleno specifico. Onde non dilungarmi di troppo con questo soggetto, accennerò solo gli argomenti principali che sostengono tale assnnto

1. Se il reumatismo blennorragico dipendesse dall' assorbimento di un virus, dovrebbe essere una malattia freqnentissima, considerato il gran numero di individui ammalati per blennorragia; esso invece è una malattia rara.

2. Secondo la medesima supposizione, dovrebbe tenere un decorso regolare e definito come le malattie specifiche in generale.

3. Un attacco dovrebbe conferire l'immunità alla persona che lo ebbe, o almeno proteggerla parzialmente da sussegnenti attacchi.

4. Esaminando i vasi linfatici o i ganglj nella blennorragia come nella sifilide, non ci presentano alcnn indizio di assorbimento di un virus. Anche nei casi di reumatismo blennorragico i vasi assorbenti lì intorno agli organi genitali, mantengono la loro solita condizione.

5. Si è veduto più volte occorrere il reumatismo blennorragico insieme ad una uretrite eccitata dall'uso di candelette, o da amplesso di donna nel periodo della mestruazione. Se adunque può dipendere da una uretrite semplice, che necessità c'è di attribuirlo ad una blennorragia virulenta?

6. Nessuno dei sintomi conosciuti di sifilide costituzionale ha la benchè minima rassomiglianza col reumatismo blennorragico.

Cura. — Egli è evidente che non si può dedurre la cura del renmatismo blennorragico da quella del reumatismo acuto, come fecero alcuni scrittori che trattarono di questo argomento; nè tirarla interamente da quella della gotta, quantunque non sia al tutto fuor del caso il poter applicare un trattamento non affatto dissimile. Ma siccome noi riconosciamo nel reumatismo blennorragico una causa speciale e certe particolarità di sintomi, la cnra di tale malattia richiede un piano indipendente da ogni qualunque nozione preconcetta che per avventura ci siamo potuto fare coll' esperienza in affezioni analoghe.

Il disturbo dell'organismo che accompagna l' incominciare del reumatismo blennorragico, è raro che giunga a tal grado da presentarci le indicazioni dei mezzi attivi antiflogistici. L'amministrazione di un emetico, o di nn purgante attivo, 25 a 50 centigrammi di calomelano seguiti da una dose d'olio di ricino o di solfato di magnesia, basta generalmente a domare il movimento febbrile, ed ha inoltre il vantaggio di correggere la condizione degli organi digerenti che per lo più non si trovano in buon stato. Il paziente deve stare in riposo, con una dieta proporzionata al grado della febbre. Il miglior mezzo di combattere l'infiammazione locale è la sottrazione di sangue dall' articolazione malata; si applicheranno quindi delle coppette incise o delle sanguisughe, ripetendole a seconda del bisogno. Giovano assai a diminuire il dolore, spesso arrestano il progresso della malattia, e ne affrettano la risolnzione. Vinti i sintomi più acuti, od anche sull'esordire della malattia quando ci si presenta con un carattere subacuto, i vescicanti giovano assai. Sono specialmente indicati qnando l'articolazione ammalata è vasta, per esempio il ginocchio, e quando il sintomo principale è costituito dall'effusione intercapsulare. Tolto il vescicante, la nuova superficie può essere medicata con unguento semplice aggiungendovi 25 centigrammi di morfina per 30 grammi d'adipe, e non appena guarita questa snperficie, si applica un altro vescicante. Se compare la stranguria si sospende l'unguento cantaridato e vi si sostituisce la tintura di iodio. Velpeau consiglia di mantenere l'articolazione continuamente spalmata di unguento mercuriale coll' aggiunta di qualche preparato di opio.

Ricord ed altri autori, consigliano l'amministrazione interna del colchico, degli alcali e dei sali di potassa, come nel reumatismo dipendente da altre cause; ma i risultati che se ne ottennero, sono ben lungi dall'incoraggiarci nell'adoperarli. I diuretici di qualunque sorta sono da abbandonarsi, in quantochè tendono a sostenere lo scolo dell'nretra. Alcuni medici trovarono certe volte veramente vantaggiosa l'amministrazione di un emetico o di un purgante di quando in quando. Rollet magnifica i bagni a vapore. Il copaive ed il cubebe non giovano affatto nel reumatismo, e non si adoperano che per l'uretrite, la quale del resto si può curare anche coi soli mezzi locali.

Barwell (Diseases of the Joints) raccomanda il chinino a larghe

dosi; egli crede che il reumatismo blennorragico dipenda da nna leggiera infezione purulenta.

Frattanto, non si deve trascurare lo scolo uretrale, dondo dipende il reumatismo. Fintantochè questo continua c'è sempro il pericolo di una recidiva. In molti dei casi che vennero riferiti da varj autori, il reumatismo ritornò ripetutamente dopo qualche meso, fintanto che continnò la causa eccitante. Si dovranno quindi impiegare tosto quei mezzi che già consigliammo per la cura dell'nretrite blennorragica e della blennorrea, non cessando al tempo stesso di occuparci dall'affezione articolare.

Quando il reumatismo blennorragico ha luogo in persone indobolite, o qnando la salute generale si altera pel continnare dell'affezione nretrale ed articolare, è necessario ricorrere ai mezzi igienici, e non di rado all'amministrazione dei tonici, quali i preparati di ferro, l'iodio, l'olio di fegato di merluzzo, la china, ecc. Questi rimedj, unitamente all'aria buona od alla buona alimentazione, non dovranno mai essere dimenticati allorchè si ha a che faro con un individuo indebolito.

Un metodo assai efficace per curare l'ingrossamento che spesso rimane dopo cessati i sintomi acuti, è quello di mantenere immobile l'articolazione, ed applicarvi nna certa compressiono con dello strisce di cerotto. Supposto che sia malato il ginocchio, si fascia l'arto dall'estremità fino al pnnto ove deve cominciare il cerotto, precisamente al di sotto del gonfiore, e là si comincia una fasciatura alla Baynton, fino a coprire tutta l'articolazione, applicandone anzi più di nno strato, per mantenere più solida e fissa la fasciatura. Io posso assicurare che questa fasciatura riesce veramente ottima in queste e in altre affezioni croniche delle articolazioni.

Infiammandosi l'occhio, si faranno localmente delle sottrazioni di sangue per mezzo di sanguisughe o di coppette incise alle tempia. Se vi è interessata anche la congiuntiva, bisogna cercare di ottenero la massima nettezza colle frequenti bagnature d'acqua tiepida. Quì i collirj astringenti sono assai meno indicati che nella congiuntivite indipendente da predisposizione renmatica; caso mai si volesse adoperarli, se ne osservi attentamente il risultato, e se non giovano decisamente, si tralascino. Se v'è complicazione per parte dell'iride, si dilata la pupilla coll'atropina, e si danno i mercuriali come nelle altre forme di irite.

CAPITOLO DECIMOSECONDO

VEGETAZIONI.

Le vegetazioni sono tumoretti papillari che si elevano sulla cute o sulla membrana mucosa, specialmente nelle vicinanze degli organi genitali, e di natura identiche alle verruche così comuni sulle mani. Strettamente parlando, le vegetazioni non sono veneree, poichè esse non sono necessariamente legate a nessuna delle malattie che derivano dall'amplesso sessuale. È un fatto che le si osservano più frequenti negli uomini e nelle donne che ebbero già blennorragia, balanite od ulceri; ma è così, solo perchè la pelle o la membrana mucosa di tali individui, durò per un certo tempo umida d' una secrezione acre che favorì l' insolito sviluppo delle papille. Le si incontrano anche in ragazzi di tale età da non lasciar dubbio alcuno quanto alla loro pudicizia; come pure in individui adulti che non ebbero mai malattie veneree. Non è raro il caso di osservarle in gravidanza; l'accresciuta secrezione della vagina, e la congestione viscerale pelvica della gravidanza, sono circostanze assai favorevoli allo sviluppo delle papille cutanee.

L'importanza di questi tumoretti fu troppo esagerata. Si credettero sifilitici, e quali indizio della necessità di rimedj specifici; e ciò, non ostante il fatto riconosciuto, che il mercurio non giova per nulla affatto a toglierli via. Le vegetazioni non hanno alcun nesso colla sifilide primaria o secondaria, fuorchè quando nascono dalla superficie di un ulcero, da una placca mucosa o da altre lesioni costituzionali, rispetto alle quali le vegetazioni non sono che una formazione puramente accidentale. La lesione che loro serve di base, può darci l'indicazione di una cura mercuriale; non però le vegetazioni che vi crebbero sopra.

Si disse anche che le vegetazioni sono contagiose; si fondò tale idea su qualcosa di vero, poichè quando sono situate su una

di due opposte superficie, come per esempio alle labbra, o alla parte superiore e interna delle cosce, questi tumoretti non di rado crescono anche sulla superficie opposta; e non si mancò di citar casi, per quanto abbastanza dubbj, di vegetazioni riportate da uomini dopo l'amplesso di donne che le avevano. Questi esempj si spiegano però assai facilmente, ammettendo che la secrezione acre delle vegetazioni, applicata alle parti vicine, e se si dà il caso trasportata su un altro individuo, agisce nel modo che abbiam già detto, e dà origine ad altre vegetazioni. Il fatto solo che il loro supposto effetto di contagio ha luogo in persone che ne sono affette, basta a provare che non sono dipendenti da virus veramenre sifilitico, poichè le lesioni di questo non sono auto-inoculabili; d'altronde non c'è alcun motivo per ascrivere queste vegetazioni al veleno di un ulceroide. Più, presentano esse il medesimo aspetto, seguono il medesimo corso, e cedono al medesimo trattamento tanto nei fanciulli e nelle donne gravide sanissime del resto, quanto in persone affette da malattie veneree.

La rassomiglianza che offrono queste escrescenze con determinati corpi, ha fatto sì che molti autori, specialmente i francesi, dessero loro nomi speciali, facendone parecchie varietà. Così Alibert, il quale credeva che le vegetazioni fossero sifilitiche, le riteneva come una delle tre forme principali di sifilodermi, e le divise in sei varietà: la sifilide vegetante a framboesia, i cavolfiori, le creste, i porri e le verruche, cui aggiunse le placche mucose, lesione veramente sifilitica, sotto il nome di condilomi.

Questa classificazione non è però di alcun vantaggio e non riesce che a confondere la mente; poichè la forma delle vegetazioni non dipende che da circostanze accidentali, quali sarebbero la posizione loro e la pressione che subiscono dalle parti vicine. Basta solo il sapere che qualche volta sono piatte ed assai poco prominenti sulla superficie dove si trovano; altre volte invece vi sono attaccate per un peduncolo di vario diametro, e si sviluppano specialmente in quella direzione nella quale non incontrano resistenza di sorta alcuna. Quando sono esposte all'aria sono secche e dure; e se sono protette da una opposta superficie sono molli e coperte da una secrezione assai corrodente.

Lebert le esaminò al microscopio e le descrive così: — Un debole ingrandimento è sufficiente a mostrare la loro struttura va-

scolare interna, e una quantità di follicoli sebacei alla lor base. A un forte ingrandimento, si vede che le papille sono composte di un involucro esterno a strati concentrici, e di una sostanza interna: queste due sostanze non differiscono che per la densità; perchè, fuor dell' elemento vascolare, non sono costituite che da cellule epidermoidali. Negli strati esterni, queste cellule sono più dense, hanno una disposizione più compatta e presentano un contorno più lungo e più stretto, il che a prima vista dà loro un aspetto fibroso. La porzione interna è pur essa composta di cellule epidermoidali assai strette le une alle altre, ma rotonde e leggiermente acuminate sulla superficie. Le vegetazioni altro non sono che lo sviluppo delle papille dell'epidermide; e nella struttura anatomica, non differiscono molto da certe verruche papilliformi. —

Le vegetazioni si riscontrano spesso sulla superficie interna del prepuzio alla base del glande; come anche sul margine del meato, o dentro di questo orifizio sulle pareti della fossa navicolare; [1] sulla vulva e specialmente in vicinanza delle carnucole mirtiformi; ed in ambidue i sessi intorno all' ano, sulla lingua, sul palato ed anche nella laringe. [2]

[1] Se ne incontrano qualche volta, benchè assai di raro, anche al di là della fossa navicolare, nella qual ragione Bell fissava il loro limite: infatti Lobstein ne ha vedute dietro il veru montanum, e costituiscono una delle forme dei polipi uretrali. Queste escrescenze, sebbene del medesimo tessuto delle altre, hanno maggior importanza pel solo fatto che impediscono il corso dell'orina. Alla presenza di queste forme uretrali, attribuivansi una volta gli stringimenti.

A. Ricordi.

[2] Furon riscontrate in qualche raro caso sui capezzoli delle nutrici. Il Vidal osservava delle vegetazioni, anche sulla congiuntiva palpebrale di un individuo che avea avuta una ottalmia blennorragica. Questo fatto, almeno per quello ch'io mi sappia, era l'unico registrato negli annali della scienza. Ebbi la fortunata occasione di constatare un fatto consimile, in un malato del Dispensario Ottalmico del Prof.r Quaglino. Era un giovane il quale era in corso di una congiuntivite granulosa da contagio, e che durava da quasi due mesi: or bene quest' individuo presentava alla mucosa della palpebra superiore sei vegetazioni piatte, della grandezza di una piccolissima lente, contigue in modo da formare una placca che occupava i tre quinti medj della palpebra, che era alquanto sollevata, essendo che lo spessore era di più di due millimetri; furono esportate colla forbice a

Aggiunta di A. Ricordi. — Sulla trasmissibilità di queste produzioni epigeniche, varia il parere dei sifilografi. Alcuni credono non si trasmettano che per l'opera sola del contatto, altri per l'inoculazione; da ultimo per il preventivo assorbimento della materia da loro segreta: ma le svariate osservazioni e gli sperimenti hanno oramai cerziorato il fatto della non trasmissibilità di queste forme, le quali non sono che l'effetto di una semplice irritazione, e non riconoscono per loro efficiente una causa specifica, nè blennorragica, nè sifilitica. Le interessanti ricorche di Thibierge, Zerte, ed Ancelet i quali hanno pubblicate numerose osservazioni di vegetazioni esistenti sull'esterno pudendo di femmine incinte affatto esenti da contaminazione, non lasciano più alcun dubbio sull'argomento. Nella circostanza della gravidanza, questi autori ritengono che la causa delle vegetazioni sia la congestione sanguigna legata necessariamente alla gestione, terminata la quale, scompajono la più gran parte dello volte, senza cura. Queste ricercho (o le osservazioni di cui parla il Bumstead, di fanciulli portanti vegetazioni), persuadono anche che non figura menomamente il così detto virus blennorragico nella eziologia della patogenesi delle vegetazioni. Che non dipendano dal virus sifilitico, oltre a tutti gli argomenti validissimi già esposti da vari autori e che quì torna inutile di ripetere, lo prova luminosamente il seguente fatto: occorre anche non di raro, di osservare al pudendo esterno di una donna numerose papule mucose cho quasi si fanno confluenti, frammezzo alle quali o sulle quali pullulano le vegetazioni molli, piatte od a cavolo; qualche volta queste forme e per la loro posizione o per lo stato in cui si trovano di ulcerazione, possono sfuggire ad un'occhio non molto sperimentato: or bene, istituitasi in tali casi la cura mercuriale interna scompajono a poco a poco lo forme sifilitiche, lasciando sulla cute o sulla mucosa quì e là a nudo le vegetazioni, le quali non influenzate menomamente dal trattamento

cucchiajo. Il Prof.r Quaglino mi assicurava d'aver osservato altre volte vegetazioni come quelle di cui ho parlato alla mucosa palpebrale. Ecco che il fatto annunciato da Vidal cessa di essere unico, ed è avvalorato da questo che esposi, e dalle osservazioni del nostro illustre oftalmologo italiano.

A. Ricordi.

speciale rimangono inalterate, ed anche indipendenti da esso continuano a svilupparsi, e non cedono che all'esportazione o cauterizzazione. Questo termine di paragone è abbastanza evidente a convincere nella natura di questi due fenomeni morbosi.

Anche il virus ulceroso sia sifilitico, sia venereo, può in qualche caso costituire una circostanza favorevole allo sviluppo delle vegetazioni, ma solamente perchè rappresenta una causa irritante non per la sua natura.

La diagnosi di questi accidenti venerei in generale è facile, tanto più quando si presentano da soli e colle forme ad essi comuni. Alcune volte, sia perchè modificati nell'aspetto, sia per la loro rassomiglianza con altri processi morbosi, che pure si verificano nelle località medesime ove crescono essi stessi, possono indurre il pratico in errore, e fargli intrapprendere una incongrua ed inutile terapia. Le vegetazioni possono andar confuse coll'ulcero, colla pustola mucosa, colla telangectasia, colle granulazioni, coll'acne varioliforme e col cancro.

Gli ulceri in via di riparazione possono presentare delle granulazioni sviluppate in modo da far credere a tutta prima ad una vegetazione, ma un attento esame, la cognizione degli anamnestici, chiariscono la diagnosi con facilità. Quando però la placca mucosa si fa vegetante, o quando in alcune località, per esempio all'ano, al perineo, al prepuzio o al glande, assume un'aspetto cristato o dendritico, può presentare al diagnostico una difficoltà molto maggiore, specialmente poi quando unitamente a queste forme esistono vere vegetazioni. In tal caso bisogna rivolgersi precipuamente agli accidenti concomitanti ed ai commemorativi; o esistono ordinariamente in altri punti del pudendo placche mucose con caratteri molto spiccati, o cicatrici di fresco riparate, od indurite, oppure altri stigmi di sifilide sul corpo; oppure se ciò non fosse l'ammalato stesso può dare bastevoli ragguagli sulla data e sul modo di incominciamento della sua malattia: inoltre il minuto esame della forma fa rilevare se trattasi di vegetazioni, un color rosso più vivo, una base generalmente peduncolata, facilità a dar sangue, ecc. Queste papule mucose a forma di creste, erano probabilmente le vegetazioni che gli autori antichi dicevano veramente sifilitiche e che infatti scomparivano colla cura mercuriale.

Sviluppansi, e ciò principalmente all'ostio vaginale ed al con-

torno dell'orifizio uretrale, delle piccole telangectasie venose od arteriose che quasi sempre sono stazionarie e non cagionano malattia alcuna a chi le porta: possono essere scambiate per vegetazioni ed escise inutilmente, e dare emorragia: però la loro liscezza, il colorito, o rosso cupo od assai vivo, l'elasticità, lo scomparire alla pressione, le fa riconoscere per tali.

Nella vagina e sul collo uterino, le granulazioni molto sviluppate possono simulare le vegetazioni, ma le prime sono più lisce e sono tutte d'una figura globosa, come i grani di miglio. Alcune volte però possono coesistere in queste località le due affezioni, anzi le granulazioni costituite dai follicoli sviluppati, convertirsi in vegetazioni. In tal caso la terapia cateretica è applicabile ad ambedue.

L'acne varioliforme descritto dall'Huguier sotto il nome di acdermoptosis, assomiglia talvolta alle vegetazioni granulose; nell'esordire specialmente queste due affezioni hanno qualche carattere comune. L'acne consta di follicoli sebacei superficiali ipertrofici, ha un decorso assai lento e cresce sotto l'azione di una leggier irritazione ma prolungata; ma anche le vegetazioni a forma granulosa ponno svilupparsi dai follicoli, e se ne osservano anzi di piccole escire dalla boccuccia di un follicolo che ha già presa la forma pustulosa, così che talvolta riesce impossibile differenziarle; se la pustula d'acne offre tutti i suoi proprj caratteri, allora la diagnosi riesce assai facile.

Se le vegetazioni sono di antica data, in masse irregolari, sul prepuzio o sul glande, rammollite ed esulcerate o gangrenate in qualche punto, d'aspetto grigiastro, gementi sangue facilmente, dolenti, segreganti un umore icoroso e fetente, accompagnate da ingorghi glandulari all'inguine, possono far credere ad una degenerazione cancerosa, tanto più se è esulcerato il prepuzio o se il glande è atrofizzato dalla massa vegetante, e se il soggetto per la lunga suppurazione e per l'estesa affezione locale, ha impallidito e dimagrato: in allora il diagnostico è assai oscuro, e si può facilmente incorrere in un grave errore. Si sono presi dei cancri per vegetazioni, e queste per quelli, ed impiegata una incongrua o dannosa terapia. Però la cognizione della causa, dell'epoca, della forma della malattia al suo esordio, e dell'età del paziente; lo scorgere altre vegetazioni con caratteri proprj, l'assenza dei

dolori trafittivi che fin dal principio manifestansi nell' affezione cancerosa, l'esame microscopico, e da ultimo l'esportazione del tumore susseguita da piaga semplice e di buon aspetto, costituiscono altrettanti dati preziosi i quali assicurano l'uomo dell'arte trattarsi di una affezione affatto semplice, di una vegetazione, anzichè d'un tumore maligno.

Cura. — La cura delle vegetazioni consiste nell'esportarle, o col coltello, o col caustico o colla legatura, distruggendo la base dalla quale nascevano. Trattandosi di vegetazioni sulla superficie interna del prepuzio, trovai molto vantaggioso il metodo di toccarle coll'acido nitrico fumante, e caduta l'escara, ripeterne l'applicazione fino a che la si crede necessaria; oppure quando il tumore è prominente e peduncolato, lo si taglia via colla forbice cauterizzando poi la base; adoperando però instrumenti da taglio non è raro l'aver poi un'emorragia che non si ferma così facilmente. Appena cessata l'irritazione prodotta dall'applicazione del caustico, sarà bene tener scoperto il glande onde abituare la pagina interna del prepuzio agli stimoli dell'aria e allo sfregamento; ciò che si ottiene cingendo per qualche giorno la base del glande con una piccola fasciatura, a meno che l'orifizio prepuziale non sia troppo piccolo. Bisogna far in modo di ottenere la massima nettezza, soprattutto togliendo via ogni raccolta di smegma.

L'acido nitrico corrisponde così bene ch'io non ebbi ricorso che rare volte ad altri caustici, tranne che all'acido cromico, introdotto da pochi anni. Una soluzione di quest'acido (1 grammo in 30 d'acqua) è un escarotico potente, ed utile specialmente in quei casi ostinati nei quali la vegetazione si riproduce rapidamente dopo averla tolta via; ma bisogna applicarlo con una certa cautela, appena toccando la superficie della vegetazione ed evitando i tessuti sani lì intorno, altrimenti riesce a produrre un forte dolore ed anche infiammazione.

Ho adoperata anche una mescolanza a parti eguali di acido muriatico diluito e di tintura di cloruro di ferro, che è uno dei migliori escarotici per le verruche sulle mani dei fanciulli.

Le vegetazioni sulla vulva si trattano come quelle del prepuzio. Quando sono situate intorno al margine dell'ano, sono per lo più

di un volume considerabilo, c allora bisogna tagliarle via colla forbice prima di applicare l'acido sulla base.

Le vegetazioni della gravidanza possono nascere in principio affatto di gestazione; crescono rapidamente e spesso raggiungono un volume grossissimo. Ne ho veduta una massa, grossa como un braccio di adulto; la si stendeva dal monte di vonore al sacro, circondando la vulva e l'ano. Duranto la gestazione non si ammette alcun atto oporativo; ma il dolore, il prurito e l'odore disgustoso ponno venir moderati osservando la più scrupolosa nettezza, o colle lozioni di soluzione diluita di Labarraque, o colla applicazione di qualche polvere astringente, come per esempio, sabina e allume usto a parti eguali. Dopo il parto, qualche volta scompajono spontaneamente; se no, si ponno togliere col coltello o col caustico; ma quando la massa è assai voluminosa, non si deve operare che su una parte per volta.

Le vegotazioni cho sorgono da un ulcoro o da una placca mucosa non sono sempre distinguibili da quelle che nascono da un tessuto sano; [1] ma la storia del caso, e specialmente i sintomi pre-

[1] Un'eccellente cateretico che io adopero con buonissimi risultati nel Comparto Venerei risulta di: —

Deutocloruro di mercurio
Canfora
Allume, ana grammi 2.
Alcool rettificato grammi 12.
M.

Lo si applica con un penello di peli di puzzola, intinto nella miscela agitata preventivamente onde il sale di mercurio che ne rappresenta la parte più attiva, non abbia a trovarsi sul fondo. Imbevute ben bene le vegetazioni colla soluzione, si ricoprono con filaticcio secco, e se l'ammalato accusasse eccessivo dolore, vi si applicano sopra bagnoli di acqua vegeto-minerale fredda. Ventiquattr'ore dopo l' applicazione del cauterio, se l'operazione è stata ben eseguita, la vegetazione cade mortificata, lasciando una piaga alla base con margini a picco, la quale interessa lo spessore della cute, e che ripara ben tosto. Se le vegetazioni, principalmente nella donna, costituiscono una larga placca o se sono numerosissime, bisogna cauterizzarle in varj tempi onde non piagare un esteso tratto di cute o di mucosa.

Questa soluzione riesce benissimo nelle vegetazioni molli; in quelle ver-

senti, ci diranno quando sia il caso di ricorrere al mercurio per combattere l'infezione sifilitica dell'organismo.

rucoidi la sua applicazione deve essere ripetuta due o tre volte: è applicabile nei casi di vegetazioni non o poco peduncolate, e quando la pusillanimità dei malati non permette di ricorrere al tagliente nei casi in cui è preferibile.

Quando le vegetazioni sono poste al contorno dell'orifizio urotrale nella donna, oppure provengono dall'interno del canale, è preferibile l'escisione con piccole forbici, anzichè il caustico, abbenchè col primo motodo si ha facilmente emorragia che si fa cessare colla introduzione di una grossa candeletta o col tamponamento di filaticcio. Cauterizzando o l'orifizio od il canalo la minzione si fa dolorosissima e si ponno avere stringimenti da cicatrice.

A. Ricordi.

CAPITOLO DECIMOTERZO

STRINGIMENTI URETRALI.

Considerate le complicazioni della blennorragia, ci resta a parlare di uno tra i più frequenti ed importanti risultati di questa malattia, voglio dire lo stringimento uretrale.

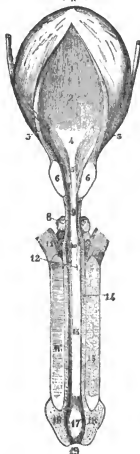
CONSIDERAZIONI ANATOMICHE.

Per valutare come si deve la patologia degli stringimenti, e per la retta esecuzione degli atti operativi che vi si richiedono, è necessaria la conoscenza dell'anatomia dell'uretra, della natura della membrana che la riveste internamente, dei tessuti fibroso, muscolare, elastico ed erettile che la circondano, le sue dimensioni, la sua direzione.

L'uretra maschile è naturalmente divisa in tre parti, cioè: la prostatica, la membranosa e la spongiosa.

L'uretra prostatica è quella porzione d' uretra compresa dalla prostata; e generalmente, ma non sempre, attraversa questa ghiandola lungo la linea mediana di essa e nel terzo superiore. Nell' adulto è lunga circa tre centimetri, limitata posteriormente da una prominenza della membrana mucosa, detta *uvula vesicæ;* ha una cavità fusiforme più larga al centro e alquanto contratta verso le due estremità. Sul pavimento, a breve distanza dall' uvula, la mucosa e il tessuto sottoposto si elevano bruscamente, formando una piega lunga circa diciotto millimetri che decresce avvicinandosi all'uretra membranosa. Questa prominenza è conosciuta sotto ai nomi di *veru montanum, crista urethæ* o *caput gallinaginis.* Contiene del tessuto erettile in relazione con quello del corpo

spongioso; può servire a chiudere l'uretra in questo punto, ed impedisce il reflusso durante il coito. Precisamente davanti alla sommità del veru montanum, v'è una piccola saccoccia della profondità di pochi millimetri detta il *sinus pocularis*, ed anche per la sua probabile omologia coll'utero, *uterus masculinus*. [1] I condotti

Fig. 4.

[1] I più recenti anatomici filosofi, confermano l'analogia tra la vescichetta prostatica e l'utero. Vedi anche SIMPSON, Obstet. Mem. and Contribut. vol. II. p. 294, Philadelphia, 1856.

ejaculatori attraversano le pareti di questa cavità e si aprono sul margine di essa. A ciascun lato del veru montanum, v'è una depressione detta sinus prostatico nella quale si trovano gli orifizj dei condotti prostatici, in numero di venti a trenta.

L'uretra membranosa si estende dall'apice della prostata al bulbo, ed è tutta o quasi, racchiusa nei due strati del fascio perineale profondo. Superiormente è lunga circa diciotto millimetri, ma misurata alla superficie inferiore è più breve, a cagione del posto occupato dal bulbo. È la porzione più stretta dell'uretra, tranne il meato, e possiede una forza di contrazione assai valida essendo circondata da elementi muscolari sviluppati e numerosi. Questa singolarità indusse alcuni autori a dare il nome di regione muscolare a questa parte dell'uretra.

L'uretra spongiosa, racchiusa nel tessuto erettile del corpo spongioso, varia in lunghezza a seconda del grado di turgescenza del pene; quando è rilassato è lunga dodici centimetri e mezzo circa; nell'erezione può giunger fino ai diciotto o venti centimetri. La parte posteriore di questa regione è alquanto dilatata ed ebbe il nome di seno del bulbo. Agli ultimi due centimetri o mezzo dell'uretra spongiosa si è dato anche il nome di uretra bulbosa. I condotti delle ghiandole del Cowper vi si aprono circa al centro. Oltre all'essere già alquanto dilatato, il seno del bulbo è assai dilatabile. Ciò si può dimostrare con due modelli dell'uretra in metallo fusibile, l'uno fatto col canale solamente riempito, l'altro col canale disteso dal metallo. La differenza del volume della parte che corrisponde al bulbo, dimostrerà la dilatabilità della quale è suscettibile. Nella London Lancet del 1851 si può vedere il disegno dei due getti, fatti come ora indicai. Anteriormente al seno, l'uretra spongiosa mantiene un diametro quasi uniforme fino a due centimetri e mezzo circa dal meato, dove si allarga formando la fossa navicolare; finalmente forma l'orifizio esterno o meato, il quale non è altro che una stretta fessura verticale; e questa è la parte più stretta di tutto il canale. In qualche raro esempio però il più piccolo diametro, è a circa sei o sette millimetri dal meato.

La membrana mucosa che riveste queste varie parti si continua posteriormente con quella della vescica, ed anteriormente con quella che ricopre il glande. Ha una struttura delicata, ricca di vasi e di nervi, quindi sensibilissima. È costantemente lubricata

dalla secrezione di numerose ghiandole (ghiandole di Littre) di struttura racemosa, [1] le quali si trovano nella porzione spongiosa e membranosa, e di follicoli mucosi che stanno nella regione prostatica. Nella superficie superiore, o specialmente nella superficie inferiore dell'uretra, si osservano delle fosse o lacune della membrana mucosa, apparentemente prive di struttura ghiandolare. Si ponno qualche volta seguire per circa dodici, quattordici millimetri sotto la membrana che riveste il canale; ed hanno le aperture per lo più dirette all'avanti. Una, più grande delle altre e che fu chiamata *lacuna magna*, è situata sulla pagina anteriore del canale, posteriore al meato di due, due centimetri e mezzo. Queste lacune, specialmente quando sono dilatate da un processo infiammatorio di antica data, ponno impedire il passaggio della sonda ed esser causa di false strade. La membrana mucosa uretrale è coperta da epitelio cilindrico. Fuor che nella regione prostatica, questa membrana è disposta a pieghe longitudinali, che per lo più sono a contatto fra loro e chiudono il canale; in una sezione trasversa del pene, il canale ha una figura stellata o come una fessura. Questo fatto che l' uretra nelle comuni circostanze è rilassata, e che non la si può vedere costituita a tubo, tranne che quando venga distesa, è un fatto d'una certa importanza, quanto al metodo di fare le injezioni nella blennorragia. Se non si chiude il meato, è difficilissimo che le pieghe della mucosa si aprano e si appianino, in modo che il fluido possa toccare tutta la superficie mucosa e le bocche delle lacune; se questo non si può ottenere, le injezioni giovano poco o punto.

Fig. 5.

A. Superficie superiore dell'uretra.
B. Fossa navicolare.
C. Specillo introdotto in D, lacuna magna.

Secondo il Dr. Thompson, le rughe della membrana mucosa — sembra che dipendano da lunghi e sottili fascicoli di tessuto fi-

[1] Kölliker, Istologia umana.

broso, che stanno immediatamente al disotto della membrana mucosa, quasi tutte in direzione longitudinale. Nelle regioni bulbosa o membranosa esse sono delicatissime e costituiscono i tratti più deboli delle pareti uretrali; è questo un fatto da tener presente quando s'hanno ad introdurre degli instrumenti. — [1] Nella regione bulbosa cresce il pericolo di violenze per la dilatabilità del passaggio, o per la presenza del fitto strato anteriore del fascio perineale, precisamente al di sotto di questa regione.

Studieremo ora gli altri tessuti che circondano l'uretra, onde poter meglio considerare le dimensioni e la direzione insieme di questo canale.

L'uretra è rivestita da fibre muscolari liscе, organiche od involontarie, uno strato delle quali è separato dalla membrana mucosa per tutto il decorso di essa, mediante un tessuto elastico ed areolare; mentre alle regioni prostatica o spongiosa se ne trova un secondo strato, esterno alla prostata ed al corpo spongioso; questi due strati poi si riuniscono alla regione membranosa. Tali fibre furono segnalate pel primo da Kölliker [2] nel 1848 e più tardi furono completamente descritte da Hancock. La prima serie di queste fibre è continua posteriormente collo strato muscolare interno della vescica, mentre — lo strato esterno della tonaca muscolare della vescica passa all'avanti sul lato esterno della ghiandola prostata, concorrendo a formare l'involucro muscolare organico della porzione membranosa dell'uretra; superiormente, o nella superficie superiore della ghiandola, queste fibre longitudinali esterne sono disposte in due o più fasci che si attaccano poi al pube presso alla sinfisi. Dalla prostata lo strato delle fibre muscolari congiunte, passa davanti al bulbo, riveste la porzione membranosa dell'uretra, è coperto, ma distinto dai muscoli comuni della parte che sono inorganici, volontarj o striati, mentre le fibre muscolari di cui parliamo sono organiche e nucleate. Arrivati però al bulbo questi due strati si dividono ancora, e si estendono all'avanti per tutta la lunghezza

[1] Pathology and Treatment of Stricture of the Urethra. Nel decorso del presente capitolo, io mi sono valso molto di questa impareggiabile monografia sugli stringimenti.

[2] Beitrage zür Kenntniss der glatten Muskeln, Zeitschrift für Wissen, Leipzic, 1848.

della porzione spongiosa dell' uretra; lo strato intorno decorre fra il corpo spongioso e l'uretra ed è separato da questa dal tessuto areolare; lo strato esterno riveste il di fuori del corpo spongioso, separando il tessuto spongioso propriamente detto dal suo involucro fibroso. Arrivati all' estremità anteriore dell' uretra, si tornano ad unire, e formano un corpo circolare o una fascia di fibre muscolari organiche, costituendo quella speciale struttura detta comunemente le labbra dell' uretra, o che Guthrie ritenne già come circondata da una speciale e densa struttura, analoga a quella del margine della palpebra, e che egli credeva necessaria a mantenere la forma dell'apertura; cosicchè l'uretra non è solo fornita da una tonaca di fibre muscolari involontarie od organiche, ma anche il corpo spongioso giace tra questi due strati di muscoli; disposizione certamente importantissima, quanto all'adempimento delle funzioni cui è deputato quest'organo. — [1]

La cognizione di questo strato continuo di tessuto muscolare che circonda tutto il corso dell' uretra, è della massima importanza, sia quanto al trattamento dello stringimento, sia quanto all'influenza che può avere nel produrlo, lo spasmo muscolare.

La fibra muscolare involontaria, essa pure concorre largamente nella composizione della prostata, costituendone non meno di due terzi; come pure nella composizione delle lamine o trabecole del corpo spongioso; la sua funzione precipua è quella di evacuare la secrezione della struttura ghiandolare della prostata, come anche il sangue che servì all'erezione; però si può dire indubitabile che agisca anche quale sfintere, comprimendo l'uretra nelle regioni prostatica e spongiosa. [2]

Il *corpo spongioso* è dilatato alla sua estremità posteriore dove forma il bulbo; e siccome l'uretra abbandonando la regione membranosa, entra nel bulbo, più vicino alla superficie superiore di esso che non alla inferiore, la più gran parte del tessuto erettile qui la si trova al disotto del canale. Il corpo spongioso termina anteriormente espandendosi, e forma il glande del pene; posteriormente continua uno strato di sottile tessuto erettile intorno ala

[1] Hancock, Strict. of the Urethra, London, 1852.

[2] Thompson, op. cit. p. 44.

porzione membranosa dell'uretra, estendendosi nel veru montanum della prostata.

Fig. 6.

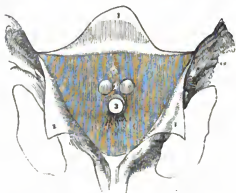
La presente figura, tolta da Thomposn da un preparato sul cadavere, dimostra assai bene la profondità, la posizione del bulbo e i suoi rapporti col retto: cosa di non poca importanza per le operazioni che si hanno a fare in questa regione.

Il corpo spongioso è composto da un gran numero di seni venosi, comunicanti fra loro in tutte le direzioni. La gran vascolarità di esso spiega la facilità delle emorragie che vi succedono quando il coltello del chirurgo ferisce accidentalmente la porzione spongiosa o membranosa dell'uretra. Questo accado meno di frequento quando l'incisione è limitata alla linea mediana; sia per la partizione fibrosa che separa in questo punto le duo porzioni laterali del tessuto vascolare, sia, come disse Thompson, perchè quì si evitano le due branche dell'arteria pubica cho stanno l' una a ciascun lato della linea mediana.

I *corpi cavernosi* sono due. Nascono alle tuberosità ischiatiche intimamente unito al periostio che copre le branche dell' ischio e del pube, si riuniscono alla sinfisi del pubo cui sono connessi pel logamento sospensorio, e si continuano allo innanzi fino alla corona del glande, dove la loro comune estremità è raccolta sotto l'espansione del corpo spongioso ohe forma il glande. V'ha libera

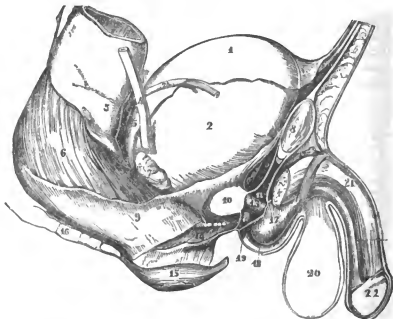
comunicazione vascolare tra questi corpi; essa è poca se pur c'è tra essi e il corpo spongioso, che giace in un solco sulla loro superficie inferiore.

Fascia perineale profondo. — Lo spazio triangolare limitato nella pelvi dalle branche del pube e dell'ischio è occupato da un setto teso, fibroso, che costituisce uno dei principali sostegni dei visceri pelvici che gli stanno sopra e conosciuto coi nomi di fascia perineale profondo, legamento triangolare dell' uretra, legamento di Camper, fascia perineale medio, aponeurosi ano-pubica, ecc. Questo setto è composto da due strati separati da un

Fig. 7.

1, 1, 1. Falde del fascia superficiale diviso. — 2. Strato anteriore del fascia perineale profondo. — 3. Lume dell' uretra — 4. Posizione delle ghiandole del Cowper al di dietro dello strato anteriore del fascia profondo.

intervallo nel quale si trovano: la porzione membranosa dell'uretra, la quale necessariamente passa attraverso il fascia perineale profondo per arrivare alla superficie, il compressore dell'uretra, le ghiandole e i condotti di Cowper, le arterie del bulbo, la vena e il nervo dorsale e l' arteria del pene. Questo setto si può rassomigliare ad una finestra doppia attraverso cui passi un tubo che rappresenterebbe l'uretra; nel qual caso la porzione di tubo contenuto fra i due vani corrisponderebbe alla regione membranosa dell'uretra.

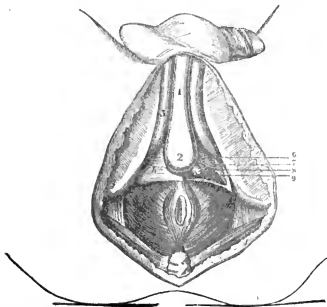
Al loro apice, i due strati del fascia perineale profondo sono sottili ed attaccati saldamente al legamento sotto-pubico ed alle ossa del pube; passano quindi all' imbasso ed all' indietro, e ven-

Fig. 8.

1. Peritoneo. — 2. Vescica. — 3. Retto. — 4. Uretere. — 5. Ripiegatura della vescica. — 6. Retto. — 7. Vescichetta seminale. — 8. Sinfisi del pube. — 9. Strato viscerale del fascia pelvico. — 10. Prostata. — 11. Fascia perineale profondo. — 12. Vena dorsale del pene. — 13. Uretra — 14. Elevator dell'ano. — 15. Sfintere dell'ano. — 16. Coccige. — 17. Acceleratore dell'orina. — 18. Bulbo. — 19. Ghiandola del Cowper. — 20. Scroto. — 21. Corpo cavernoso. — 22. Glande. — 23. Corpo spongioso. — 24. Vaso deferente.

gono compresi fra le branche del pube e dell' ischio. Lo spazio che sta fra di essi e che contiene gli organi importanti che indicammo, ha la profondità di dodici a venti millimetri.

La vena dorsale del pene trapassa il fascia a dodici o quattordici millimetri al di sotto della sinfisi, e l'uretra a due centimetri e mezzo; ma, secondo le misure prese da Thompson, quest'ul-

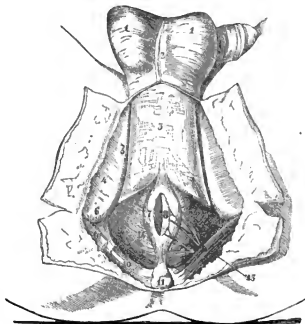
tima distanza può variare da ventidue millimetri a tre centimetri (da sette ottavi di pollice, a un pollice e un quarto); differenza di qualche importanza perchè interessa la curva sotto-pubica dell'uretra. Dall'apertura uretrale partono due processi, uno anteriormente a racchiudere il bulbo, l'altro posteriormente che si fa con-

Fig. 9.

1. Corpo spongioso. — 2. Corpo cavernoso. — 4. Fascia perineale profondo. — 5. Tuberosità ischiatica. — 7. Compressor dell' uretra. — 7. Arteria pubica interna. — 8. Arteria del bulbo. — 9. Ghiandola del Cowper.

tinuo colla capsula fibrosa che circonda la prostata. Il margine inferiore o base del fascia perineale profondo, si dirige verso il retto, e manda un fascia sottile che copre la superficie dell'elevatore dell'ano; il suo strato anteriore cinge il trasverso del perineo, e così raddoppiato sopra sè stesso, diventa continuo col fascia perineale superficiale.

Fascia perineale superficiale. — Strettamente parlando questo fascia si divide in due strati, uno superficiale ed uno profondo. Il

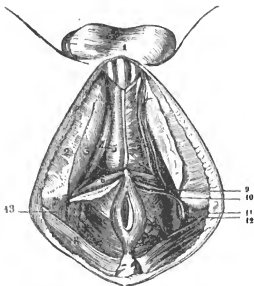
primo consiste di tessuto cellulo-adiposo appartenente ai comuni integumenti del corpo; l'altro è di struttura aponeurotica ed è specialmente importante in quanto interessa il presente argomento. Stando all'uso comune, coll' espressione fascia superficiale del perineo, s'intenderebbe solamente questo strato. La struttura fibrosa, nella sua direzione complessiva, corrisponde al fascia perineale profondo ora descritto, ma è situata su un piano più esterno; al di dietro del muscolo trasverso del perineo è continua collo strato

Fig 10.

1. Scroto. — 2. Rafe. — 3. Strato profondo del fascia superficiale. — 4. Fascia lata. — 5. Branche dell'ischio e del pube. — 6. Tuberosità ischiatica. — 7. Sfintere dell'ano. — 8. Ano. — 9. Fossa ischio-rettale. — 10. Gluteo massimo. — 11. Coccige. — 12. Aponeurosi otturatoria. — 13. Nervi e vasi emorroidali inferiori. — 14. Elevator dell'ano.

anteriore del fascia perineale profondo, ai lati si attacca alle branche delle ossa del pube e dell'ischio; davanti raggiunge il dartos

dello scroto, la guaina del pene e il fascia addominale. Manda anche dei processi che investono il trasverso del perineo e i muscoli intorno alla radice del pene.

I rapporti del fascia superficiale col pene furono descritti benissimo meglio che altrove, nel primo volume delle Transactions of the American Medical Association. Questo scritto non è accessi-

Fig. 11.

1. Scroto. — 2. Fascia lata. — 3. Strato profondo del fascia superficiale riflesso. — 4. Erettore del pene. — 5. Acceleratore dell'orina. — 6. Trasversale del perineo. — 7. Tuberosità ischiatica. — 8. Gluteo massimo. — 9. Arteria perineale superficiale. — 10. Nervo perineale superficiale. — 11. Nervo pubico interno. — 12. Arteria pubica interna. — 13. Legamento sacro-sciatico.

bile tanto facilmente; esso merita di venir conosciuto più estesamente di quanto non lo sia, onde io ne riferirò qui la maggior parte.

— La struttura anatomica in questione è costituita da una di-

stinta guaina membranosa che investe il pene nel modo che descriverò, e forma una continuaziono superiormente del legamento sospensorio, ed inferiormente del fascia perineale; lo si intonderà assai meglio con una descrizione del modo con cui prepararlo.

Si circoscrive il pene e lo scroto con una incisiono circolare distante tre dita trasverse tutto all'ingiro che passa sul perineo al margine anteriore dello sfintere.

La dissezione della pelle e dei sottoposti tessuti, cellulare e adiposo, dev'essere fatta verso il pene, a livello del fascia lata lateralmente e del fascia perineale posteriormente, continuando diligentemente fino al corpo del pene e alla corona del glande. Così il pene e il legamento sospensorio vengono denudati dei loro lassi involucri mobili.

Si fa quindi una incisione lungo il dorso del pene precisamente sulla linea mediana, dividendo il legamento sospensorio ed estendendosi all'avanti verso la corona, fra i vasi e i nervi dorsali che decorrono paralleli a ciascun lato. Lungo il dorso le adesioni della guaina sono assai fitte, onde si vuole una dissezione diligente; levando con questa i vasi e i nervi, si ha una guida che segna la linea di adesione.

Proseguendo la dissezione lateralmente, inferiormente ed alla estremità, si viene a snocciolare l'intero corpo cavernoso, essendosi tolti colla guaina i muscoli del perineo. Or si vede chiaramente che il legamonto sospensorio superiormente e il fascia perineale al di sotto e lateralmente, formano colla guaina una membrana continua che racchiude nelle sua cavità il corpo cavernoso, ed abbraccia il corpo spongioso dell'uretra fra due strati, uno dei quali passa al di sopra di esso e l'altro al di sotto. La baso escavata del glande aderisce inseparabilmonte alla superficie osterna della guaina e mediante la superficie interna di essa, raccoglie a guisa di berretto la sommità del corpo cavernoso.

Le adesioni della base del glande sono saldissime all' estremità del corpo cavernoso lungo la superficie dorsale ed alle insorzioni dei muscoli erettore ed acceleratore. Essa è più grossa intorno alla corona, lungo la superficie dorsale e dove forma il legamento sospensorio. Nella dirozione della circonferenza del pene decorrono a regolari intorvalli delle zone di vasi dai tronchi dorsali al corpo spongioso fra gli strati della guaina. La cavità for-

mata dalla guaina ed occupata dal corpo cavernoso, è limitata posteriormente dal legamento triangolare (fascia perineale profondo). [1]

Quella porzione che copre i muscoli del perineo, e che fu descritta dagli autori coi nomi di fascia superficiale del perineo, fascia inferiore e fascia ano-penica, nasce lateralmente dalle branche ascendenti dell' ischio e discendenti del pube, al margine inferiore della sinfisi dove i due strati s'incontrano e formano il legamento sospensorio. Posteriormente si continua sul muscolo traverso e ripiegandosi intorno a' suoi margini si prolunga all'insù nella fossa ischio-rettale.

Dalla sua superficie superiore manda dei setti membranosi fra i muscoli acceleratori nel mezzo, e gli erettori a ciascun lato, per raggiungere il legamento triangolare, formando così tre guaine distinte ed indipendenti che si confondono anteriormente colla guaina comune che investe il corpo cavernoso. —

Il sig. Jarjavay confermò recentemente le osservazioni del Dr. Buck appoggiando pienamente il *chirurgien de l'Amérique* per l'originalità della sua scoperta. [2]

Richet, [3] mentre concorda nel complesso col Dr. Buck, differisce però in alcuni particolari. Egli dice che la porzione posteriore di questo fascia è affatto lassa ed areolare sul dorso dove non la si può distinguere da quella che copre il pube; e che così è aperta una comunicazione per la quale le infiltrazioni orinose possono raggiungere il tessuto cellulare sotto integumentale del pene e dell'addome senza perforare il fascia.

Gli spazj frammezzo i fasci ora descritti, si può dire costituiscono dei serbatoj naturali, nei quali principalmente sono confinate le infiltrazioni orinose e le raccolte di materia, dipendenti da rottura dell'uretra o da infiammazione nelle sue vicinanze; ciò che succede sull'esordire di tali effusioni od anche così per tutto il loro decorso; quantunque in molti esempj la parete aponeurotica

[1] Parrebbe così che il processo dello strato anteriore del fascia perineale profondo che si prolunga sul bulbo si unisce finalmente col fascia superficiale; così pure stabilisce Velpeau nel suo Trattato di anatomia chirurgica.

[2] Jarjavay, Traité d'anatomie chirurgicale, Paris, 1854.

[3] Richet, Traité d'anatomie medico-chirurgicale, 1860.

si rompa accidentalmente o si apra per un processo di ulcerazione quando succede una diffusione più estensiva di contenuto. Le deduzioni pratiche tirate dalla direzione e connessione di questi piani fasciali, sono pertanto importantissime. Si possono riassumere in poche parole così: —

L' orina evasata nella regione membranosa o prostatica, o si avanza verso la cavità pelvica attraverso la guaina fibrosa che racchiude la prostata, o raggiunge lo spazio triangolare a lato del retto chiamato fossa ischio-rettale; in quest'ultimo sito l'orina è sovente situata ancor più profondamente nello spessore del perineo; se raggiunge la superficie può estendersi intorno all'unione del fascia profondo e del superficiale, e trovarsi nel tessuto cellulo-adiposo esterno al fascia superficiale.

Lo strato superficiale e l'anteriore del fascia perineale profondo, uniti dietro il trasverso del perineo e attaccati a ciascun lato alle branche dell' ischio e del pube, formano una saccoccia coll'apertura che guarda all'innanzi e all'insù, dove si possono formare degli ascessi purulenti od orinosi, in conseguenza di rottura dell' uretra anteriormente al logamento triangolare, e donde possono solo estendersi nello scroto o sopra l'addome, essendochè l'attacco del fascia addominale al legamento del Poparzio impedisce che passino all'ingiù verso le cosce; qualche volta però la materia rompe questa barriera, e si hanno esempj nei quali discese fin presso al ginocchio.

La presenza dell' orina nella saccoccia ora accennata è però quasi sempre secondaria; quando fin da principio viene stravasata anteriormente al fascia perineale profondo, è confinata nella struttura aponeurotica descritta dal Dr. Buck; là la si sente come un tumore fisso, duro, al disotto del tessuto cellulare superficiale che mantiene la sua naturale scorrevolezza e mobilità. — Lasciato a sè stesso questo tumore, qualche volta raggiunge gradatamente la superficie, appropriandosi, con un processo d'infiammazione adesiva, gli strati successivi di tessuto cellulare che lo ricoprono, evacuando alla fine i suoi contenuti esternamente per un'apertura ulcerata. Non succede però sempre così. Succede sovente che il processo ulcerativo entro l'ascesso, sorpassa il processo adesivo e conservativo del lato esterno ed apre una comunicazione nel lasso tessuto cellulare che lo ricopre; onde ne segue un rapido stravaso

in ogni direzione, riempiendo lo scroto ascendendo al disopra del pube, e qualche volta estendendosi lungo la cresta dell' ilio fino alle coste false. È probabilmente raro che questa forma secondaria estensiva non sia preceduta dalla forma primaria o circoscritta, onde l'importanza del precetto pratico: di fare un' ampia apertura in questi ingrossamenti duri lungo l'uretra, non appena si sono verificati. Un'altra e molto più rara conseguenza dell'apertura dell' uretra nella guaina è la formazione graduata di uno o più seni fistolosi lungo il pene che terminano dietro la corona del glande e che danno luogo a inspessimento e indurimento dei tessuti lungo il loro decorso. [1]

Muscoli volontarj. — È fuor dei limiti di questo capitolo il descrivere distesamente i varj muscoli, che o tanto o meno si supposero agire sull'uretra. La loro anatomia non è difficile a intendersi, e la si può trovare in qualunque trattato di anatomia. La loro azione fisiologica fu descritta benissimo da Thompson nella sua eccellente monografia. I punti principali che possono riferirsi al nostro soggetto, si raccolgono in poche parole:

Il *compressor dell'uretra.* — Comprendendo sotto questo nome lo strato muscolare trasverso descritto da Guthrie, le fibre discendenti di Wilson, e le fibre cirolari di Müller — è uno sfintere dell'uretra che circonda la regione membranosa, ed è per la vescica quello che lo sfintero dell'ano è per il retto. La contrazione di questo muscolo può contribuire alla produzione di uno stringimento spasmodico; spesso si oppone al passaggio di un instrumento, o ne rende dolorosa l'introduzione, quand' anche non vi sia ostruzione del canale; limita per molta parte il penetrare delle injezioni uretrali dal di fuori, ed impedisce l'uscita dei fluidi injettati nell'uretra prostatica, per mezzo di un catetere. [2]

Le fibre anteriori dell'*elevator dell' ano,* descritte da alcuni autori quale muscolo indipendente sotto il nome di elevatore o compressor dell' uretra, involge la prostata e il collo della vescica, e può agire chiudendo ed innalzando questa porzione del canale orinario. [3]

[1] Buck, op. cit., p. 370.
[2] V. pag. 116.
[3] Thompson, op. cit., p. 23.

Il *bulbo-cavernoso*, mediante le fibre che circondano il corpo spongioso e i corpi cavernosi, può esercitare un ufficio analogo per la porzione posteriore dell'uretra spongiosa.

I muscoli ora menzionati sono volontarj, ed agiscono quindi sotto l'influenza della volontà; ma la quantità delle fibre muscolari organiche, distribuite intorno all'uretra nei punti che già indicammo ed i fenomeni che accompagnano il passaggio dell'orina o del seme, non lasciano alcun dubbio che la contrazione dell'uretra possa aver luogo quale atto puramente riflesso.

Dimensioni, Mobilità e Direzione dell'Uretra. — Esaminate partitamente le varie parti dell'uretra e i tessuti varj che la circondano, consideriamola ora in complesso come corpo solo; e specialmente in quanto riguarda il volume e la forma degli instrumenti che si richiedono nella cura degli stringimenti.

Le misure dalla lunghezza dell'uretra maschile stabilite dai varj utori, oscillano dai dodici ai trenta centimetri. Questa discrepanza dipende forse dai diversi metodi impiegati nel prenderne le misure, se sul vivo o sul cadavero, con qual grado di trazione esercitata sulle parti, ed anche fino a un certo punto, per la varietà di dimensione che esiste in fatti nei diversi individui. Pare che il volume del pene non abbia alcuna influenza sulla lunghezza dell'uretra; anzi le osservazioni di Sappey [1] dimostrerebbero che la lunghezza dell'uretra sta spesso in ragione inversa del volume del pene. La diversità maggiore sta nella lunghezza della porzione anteriore od ascendente della curva sotto pubica. Senza voler cercare un limite assoluto, è però desiderabile che si abbia una media sulla quale regolarci nel determinare la situazione degli stringimenti e nell'istituire i mezzi di cura. Dopo tutto quanto fu detto dagli autori sulle diverse lunghezze dell'uretra nei diversi individui, i risultati delle misure sono però press' a poco identici, purchè sia identico il modo di ottenerle.

La lunghezza dell'uretra, si può valutare nel vivo, con un catetere graduato; il fluiro dell'orina ci avverte quando la fenestrella dell'istrumento è arrivata all'estremità vescicale del canale; biso-

[1] Recherches sur la Conformation extérieure et la Structure de l'Urètre de l'Homme. Paris, 1854.

gna aver cura di non stirare il pene sull'instrumento. Nel cadavere, si levano via l'uretra e la vescica, si aprono superiormente, si distendono dolcemente su una superficie piana, si lascia che i tessuti si contraggano naturalmente, indi si misurano. Si tentò di ottenere la lunghezza esatta dell'uretra, versando in questo canale del metallo fuso; sono però preferibili i due metodi accennati.

Secondo le diligentissime osservazioni del sig. Thompson e del sig. Briggs, i risultati delle misure prese così sul vivo e sul cadavere, non sono identici. Nel primo caso la lunghezza media è di diciannove centimetri circa (sette pollici e mezzo); [1] nel secondo di ventun centimetri (otto pollici e mezzo). La differenza è costante, e si può facilmente spiegarla colle diverse condizioni che accompagnarono il modo di prendere le misure. E questa non è cosa da dimenticarsi, — poichè tutte le ricerche nell'anatomia patologica degli stringimenti uretrali, sono di necessità limitate all'osservazione delle parti sul cadavere, mentre in quanto alla cura, quella sola che si deve tener presente è la misura presa sul vivo. [2] —

Non si può dire che l'uretra abbia un diametro fisso ed assoluto, poichè le sue pareti sono suscettibili di una maggiore o minore espansione a seconda del grado di forza esercitatovi. Un catetere del N.° 12 o una sonda di grossezza comune, è raro che non vi passi comodamente, se le parti sono sane; e spesso vi passa senza difficoltà il N.° 15.

Importa maggiormente l'aver familiari i diametri relativi piuttostochè i diametri attuali delle diverse parti del canale uretrale. L'orifizio esterno o meato è quasi sempre la parte più stretta; cosicchè qualunque instrumento che passi facilmente per questo punto entrerà nell'uretra, purchè non vi esistano ostruzioni. Altra conseguenza importante di questo fatto si è, che per restaurare il calibro originale, col mezzo della dilatazione di una delle parti profonde dell'uretra contratta da uno stringimento, bisogna allargare il meato, ciò che si ottiene generalmente per mezzo di un'inci-

[1] Leroy d'Etiolles ottenne una media di venti centimetri su cento misure prese sul vivo con una sonda graduata di gomma elastica. (Des Rétrécissements de l'Urètre, ecc. Parigi, 1845).

[2] THOMPSON, op. cit., p. 4.

sione. Il punto prossimo più stretto del canale è là dove si uniscono la porzione bulbosa e la membranosa; il centro della porzione prostatica, e il seno del bulbo sono i più larghi.

Il grado di *mobilità* delle diverse parti dell'uretra, dipende specialmente dagli attacchi dei fasci circostanti. La parte anteriore del pene è libera, e quand'esso è flacido può assumere pressochè tutte le posizioni; al suo terzo posteriore però quest'organo è connesso colla sinfisi, per mezzo del legamento sospensorio; colle branche dell'ischio e del pube per mezzo dei rami dei corpi cavernosi, e collo strato anteriore del fascia perineale profondo per mezzo del bulbo; pertanto si può dire che l'uretra spongiosa diventa più fitta in proporzione che si avvicina alla regione membranosa. La regione membranosa è la meno mobile delle altre, essendochè essa è legata saldamente alle pelvi per mezzo dei due strati del fascia perineale profondo. L'uretra prostatica è suscettibile di qualche piccolo cambiamento di posizione, dipendente dall'azione delle fibre anteriori dell'elevatore dell'ano, e dalla quantità di orina contenuta in vescica.

A pene flacido, l'uretra ha due curve; la prima limitata alla porzione anteriore, la seconda alla porzione profonda del canale. La prima è semplicemente dovuta alla posizione pendente della parte anteriore dell'organo, e viene cancellata nell'erezione o quando il pene viene innalzato a un angolo di circa 60° col corpo. La seconda si può chiamare curva sottopubica dalla sua posizione al disotto della sinfisi. Questa curva sta permanente a meno che non si faccia qualche forza per raddrizzare il canale; è essenziale il conoscerne la direzione onde determinare la forma conveniente degli strumenti e il metodo di introdurli.

La curva sottopubica incomincia a circa quattro centimentri anteriormente al bulbo, ne raggiunge il punto più basso quando il corpo è in posizione eretta quasi di contro allo strato anteriore del fascia perineale profondo, e finalmente ascende nelle regioni membranosa e prostatica. Secondo le osservazioni del sig. Thompson e del sig. Briggs essa — forma un arco di cerchio del diametro di tre pollici e un quarto; la corda dell'arco è di due pollici e tre quarti, poco meno di un terzo della circonferenza. — Il sig. Thompson dice di averla trovata più acuta negli uomini magri; più ottusa negl'individui corpulenti; dice che la traziono dei muscoli addominali esercitata

lungo il legamento sospensorio può anche renderla più sentita, onde il vantaggio di alzare le spalle quando si abbia a fare la cateterizzazione in individui sdrajati. L'elevazione della vescica al disopra del pube nei fanciulli, e lo ingrossamento della prostata così

Fig. 12.

1. Corpo della vescica. — 2. Sommità della vescica. — 3. Collo della vescica. — 4. Orifizj degli ureteri. — 5. Vesciche seminali. — 6. Vaso deferente. — 7. Condotti ejaculatori. — 8. Uraco. — 9. Ghiandola. — 10. Sinus pocularis od utriculus. — 11. Ghiandole del Cowper. — 12. Verumontanum. — 13. Uretra prostatica. — 14. Prostata. — 15. Uretra membranosa. — 16. Bulbo. — 17. Corpo spongioso. — 18. Legamento triangolare. — 19. Gamba del pene. — 20. Legamento sospensorio. — 21. Sinfisi pubica. — 22. Integumenti. — 23. Posizione del pene quando s'è introdotto il catetere. — 24. Scroto. — 25. Corpo cavernoso. — 26. Uretra spongiosa. — 27. Pene flacido. — 28. Fossa navicolare. — 29. Glande del pene. — 30. Prepuzio.

comune nei vecchi, possono esse pure cambiare la direzione della curva sottopubica dal punto solito nell'adulto, onde si richiede

una corrispondente varietà nella forma degli strumenti. I tumori e gli ascessi intorno all'estremità inferiore del retto, i grossi tumori emorroidali ed altre circostanze ancora, possono cagionare in maggiore o minor grado qualche deviazione nella direzione di questa curva.

STRINGIMENTI.

Gli stringimenti vengono assai opportunamente classificati in TRANSITORJ e PERMANENTI. Lo stringimento transitorio è la contrazione insolita dell' uretra, capace di subire una completa risoluzione per l' azione delle forze naturali. Lo stringimento permanente dipende da un cambiamento organico e quindi duraturo nei tessuti che compongono le pareti uretrali.

STRINGIMENTI TRANSITORJ. — Gli elementi dello stringimento transitorio sono: lo spasmo muscolare e la congestione o l'infiammazione. Ciascuno può stare da sè; per lo più sono combinati.

L'osservazione di certi fenomeni che accompagnano gli stringimenti e l'introduzione degli strumenti nell'uretra, fece sì che per molti anni i chirurghi credessero che l'azione spasmodica fosse in qualche caso la sola causa delle contrazioni uretrali, e che in moltissimi poi vi entrasse come causa abbastanza efficace. Ora però si sa che il tessuto muscolare che circonda l'uretra si limita principalmente al compressor dell'uretra; ond'è che molte autorità negano l'influenza dello spasmo, tranne forse nella regione membranosa, cui è limitato questo muscolo. Posteriormente, la scoperta di Kölliker ed Hancock delle fibre muscolari organiche intorno a tutto il canale, e il ragionamento per analogia, mostrarono la possibilità che la contrazione spasmodica possa determinarsi in ogni parte dell'uretra; le ripetute osservazioni dei moltissimi fatti in proposito non lasciano più alcun dubbio.

I fenomeni dello spasmo sono abbastanza conosciuti e sono i medesimi nell'uretra come nell'altre parti del corpo; vi predispongono certe condizioni dell'organismo; per esempio l'irritabilità del

sistema nervoso, la gotta, le congestioni ai centri per influenze esterne, quali sarebbero il freddo, l'umido, ecc. La causa eccitante è por lo più una qualche impressione sui nervi sensorj, trasmessa al centro nervoso, e per le fibre motrici terminata nei muscoli volontarj od involontarj. Nell'uretra, l'azione spasmodica sufficiente a determinare uno stringimento, può verificarsi nello strato sottomucoso delle fibre organiche comuni a tutto il canale, o alla region membranosa nelle fibre striate del compressor dell'uretra, e *forse*, in minor grado in quelle degli acceleratori della regione spongiosa.

Quasi tutti i chirurghi hanno osservato, che nel fare la cateterizzazione in soggetti irritabili, l'instrumento viene afferrato e portato per così dire dalle pareti uretrali, anche quando non c'è alcuna ostruzione permanente nel canalo. In questo caso, la sonda o catetere agisce come corpo straniero, e l'irritazione che produce l'instrumento è seguita da contrazione, secondo le note leggi dell'azione riflessa.

In altri casi l'irritazione eccentrica è cagionata da lacerazione, da abrasione o da ferita della membrana mucosa che tappezza l'uretra; lesioni che ponno dipendere dalla rozzezza colla quale si adoperarono gli strumenti. Queste por loro medesime, ponno eccitare lo spasmo; come lo può anche il contatto dell'orina colla superficie recente. Si può parlare di *stringimento spasmodico*, quand'anche vi sia un leggier grado di congestione o di infiammazione, purchè queste non arrivino al segno da ostruire il canale.

Si hanno esempj di stringimento spasmodico anche quale risultato di irritazione intorno al retto, eccitatovi dalla presenza della tenia, di ascaridi, di emorroidi, di fessure all'ano, di raccolte fecali; o da operazione in questa parte, specialmento la legatura delle emorroidi. Sir Beniamino Brodie [1] osservò un caso di stringimento spasmodico, nel quale lo spasmo era intermittente; ricorreva ogni ventiquattro o quarantotto ore, e fu alla fine guarito col chinino dopo che si erano inutilmente tentati altri mezzi.

Altre cause di spasmo sono: la presenza di un calcolo nella vescica o nell'uretra, l'eccesso della venere, l'abuso degli alcoolici,

[1] London Med. Gazette, vol. I, p. 507.

la protratta ritenzione di orina, il cavalcare, gli errori dietetici, le rapide oscillazioni di temperatura, le emozioni morali.

Lo stringimento spasmodico è caratterizzato dalla sua breve durata e del poco dolore alla region dell' urotra. Si verifica rapidamente nelle persone d'abito delicato, specialmente quando hanno commesso qualche imprudenza dietetica, e sparisce altrettanto rapidamente. L'esplorazione del canale per mezzo di una sonda dopo passato lo spasmo, e spesso ancho intanto che lo spasmo c' è, dimostra cho non si ha a che fare con alcuna ostruzione organica. Il sig. Smith [1] parla di un caso nel quale il paziente morì repentinamente, dopo avor avuto poco tempo prima un violento attacco di ritenzione; l' esame cadaverico non indicò alcuna contrazione benchè minima.

Il gonfioro è un effetto così costanto dell'infiammazione da dover essere calcolato fra i sintomi caratteristici di essa. In ogni uretrite acuta il calibro dell'uretra può essere più o meno diminuito, il che si dimostra anche dal diminuito volume della corronte dell' orina. L' ingrossamento o gonfiore della membrana mucosa, dipendo in parte dalla distensione de' suoi capillari, e in parte dall'infiltramento sieroso, qualche volta ancho di materiale più plastico che non siero. I prodotti infiammatorj possono organizzarsi, e si formano così le basi di uno stringimento permanente; però, in moltissimi casi di blennorragia acuta, questi prodotti flogistici vengono riassorbiti prontamente, e l'uretra ritorna al suo calibro naturale. Lo stringimonto infiammatorio o congestivo succede per lo più in individui robusti, nei quali l'uretrite è decisamente acuta, accompagnata da fierissimi dolori al perineo e lungo il decorso dell'uretra, o da bruciore nell'orinare; il pene è più o meno turgido, lo labbra del meato assai injettate, e il paziente febbricitante.

In quasi tutti i casi però cho si osservano comunemento, si vedono combinati l' infiammazione e lo spasmo; ed a questi si aggiunge un certo grado di contrazione permanente. Un individuo ha uno stringimento organico, che lo incomoda poco o punto, e non presenta alcun grave ostacolo alla completa evacuazione

[1] Henry Smith, Stricture of the Urethra. London, 1857.

della vescica; a un tratto dopo un abuso di alcoolici o di coito, o dopo aver ritenute le orine per qualche ora, è affatto incapace di vuotare la vescica. L'uretra, parzialmente contratta da deposito organizzato dentro e intorno alle pareti, si chiude completamente per la sopraggiunta congestione e spasmo, e ne risulta la completa ritenzione. Opportunamente trattati, cessano congestione e spasmo; dopo rimane però lo stringimento organico.

Nelle pagine susseguenti ci occuperemo della cura dello spasmo e dell'infiammazione, specialmonte in quanto si riferiscono alla ritenzione d'orina, nell'eziologia della quale hanno tanta parte.

Stringimenti permanenti od organici. — Il fluido albuminoso che nell'uretrite acuta infiltra i tessuti e che può contribuire a determinare uno stringimento congestivo, è in molti casi accidentalmente riassorbito, ed il canale riprende il suo calibro solito. In tali circostanze però, e specialmente quale conseguenza di infiammazione cronica, vengono secreti dei prodotti di natura più plastica i quali si organizzano, spiegano la medesima tendenza a concretarsi quali depositi avventizj in altre parti dol corpo, e danno origine a contrazioni permanenti del canale.

La sede più comune di questo deposito fibro-plastico, è la sostanza della membrana mucosa che tappezza l'uretra, il tessuto cellulare al di sotto di essa, e nei casi gravi, anche i tessuti più esterni. Le osservazioni di Thompson [1] dimostrano che uno stringimento organico sull'esordire può essere costituito di solo un inspessimento della membrana mucosa, che difficilmente si può rilovare su un'uretra aperta, e palese soltanto coll'esamo diligente di una sezione longitudinale di essa; ad un periodo alquanto più avanzato, la membrana tappezzante perde la sua trasparenza, diventa raggrinzata, aderisce fortemente ai tessuti più profondi, e presenta al di sotto, delle fibre trasverse che circondano il canale come un cordone da borsa; nelle forme più gravi finalmente, le maglie del tessuto sottomucoso si riempiono di linfa organizzata, le fibre del muscolo organico non si ponno più vedero, e il depo-

[1] Op. cit., p. 55.

sito avventizio può involgere la sostanza del corpo spongioso ed estendersi anche ai corpi cavernosi; allora esaminato esternamente il pene, lo troviamo duro al tatto e nodoso.

Esaminato al microscopio il materiale organizzato, è identico ai prodotti infiammatorj effusi nelle altre parti del corpo; i quali prodotti tendono manifestamente a concretarsi e ad indurirsi. Thompson li paragona al deposito interstiziale del fegato che produce la cirrosi, alla linfa effusa nella pleurisia, ed alla sostanza delle cicatrici che susseguono le bruciature. La natura di questo tessuto spiega la riconosciuta necessità della dilatazione protratta per ritornare il calibro naturale al canale, e la tendenza costante che hanno gli stringimenti di riprodursi, una volta apparentemente curati; questa tendenza è così universale che Cruveilhier [1] disse lo stringimento dell'uretra *assolutamente incurabile*. È però manifesto che la diminnzione del calibro dell'uretra non è che uno dei tristi effetti dello stringimento; la naturale elasticità del canale si perde, e la funzione della parte è gravemente alterata.

In casi eccezionali, l'uretra è ostruita dal deposito di una falsa membrana entro le sue pareti, senza alcuna costrizione esterna, in modo analogo all'effusione che ha luogo nel croup sulla trachea e sui bronchi. Ecco come Hancock [2] descrive questa alterazione quale la si presentò in parecchi esami cadaverici ch'egli ebbe opportunità di istituire: — La membrana era di color giallo-chiaro, e così aderente alla membrana mucosa, che riescì difficilissimo il separarle; questi due tessuti si erano talmente immedesimati l'un coll'altro, che un esame appena superficiale ci avrebbe lasciati nella falsa credenza che la forma morbosa dipendeva dalla membrana mucosa stessa inspessita e raggrinzata, piuttosto che dal tessuto recente. Non fu che col microscopio che si potè determinare la vera condizione delle parti. L'esistenza di questa falsa membrana, venne provata da segni interessanti assai; quantunque questa struttura di nuova formazione, esaminata ad occhio nudo, sembrasse involta dalla membrana mucosa, l'involucro, per quanto liscio e scorrevole, non aveva l'attuale organizzazione della mem-

[1] Anatomie patholog. du Corps Humain.
[2] Strictures of the Urethra, ecc. London, 1852, p. 76.

brana mucosa; ma esaminato col microscopio, presentava piuttosto il carattere del tessuto cellulare condensato. La superficie libera non presentava nè villi nè papille; non era ricoperta da squamme epiteliali, e ciò che fu assai interessante come prova incontrastabile della non identità di questa membrana col vero canale mucoso, trovammo che, preparando diligentemente, si arrivò al sottoposto strato di epitelio che separava per così dire la nuova membrana dalla vera membrana mucosa dell'uretra. — Qualche volta, secondo Hancock, la porzione posteriore della membrana è distaccata a guisa di valvola; la quale mentre presenta poco o nessun ostacolo a una sonda, può nullameno impedire completamente il passaggio dell'orina. Il *croup primitivo* della membrana mucosa uretrale, viene ammesso da Rokitansky, [1] il quale dice che succedo specialmente nei fanciulli. Il sig. Thompson esaminando le raccolte patologiche dei varj musei, non osservò che tre esempj di stringimento che si potevano attribuire a formazione di falsa membrana, e in due di questi egli opina che le alterazioni dipendevano da dilatazione delle lacune; probabilmente però i casi descritti da Hancock sono rarissimi.

Non di rado si osserva un deposito di un carattere tutt'affatto diverso da quello ora descritto, col quale nondimeno può essere confuso, e che ricopre la parete uretrale al posto dello stringimento. È una copiosa secrezione di muco denso — la quale può o meno, essere accompagnata da una formazione eccessiva di epitelio; in questa secrezione poi l'epitelio, o viene rapidamente prodotto da una superficie mucosa nuda o come parrebbe, escoriata, o si accumula su tutta o su parte della superficie, formandovi così uno strato lamellare o delle placche qua e là di vario spessore. — [2] Questo denso essudato, è sempre il prodotto di una infiammazione cronica, mentre il deposito croupposo di cui parlammo dipende sempre da una infiammazione acuta.

Per lo addietro quando l'anatomia patologica era poco studiata minutamente sul cadavere, ogni stringimento si supponeva dipendere da fungosità entro il canale, le quali ne attraversavano il dia-

[1] Op. cit. Vol. II.
[2] ROKITANSKY, op. cit., vol. III.

metro o si opponevano più o meno al passaggio dell' orina e all' introduzione degli strumenti. Le osservazioni posteriori hanno dimostrato che è ben raro che tali fungosità siano la causa delle ostruzioni, quantunque le si rincontrino qualche volta. Furono osservate e descritte da Sœmmering, Laennec, Carlo Bell, Leroy d'Etiolles, Amussat, Ricord, Mercier, Enrico Thompson ed altri. Il Dr. Gross [1] dice ch' egli — vide parecchie volte dei tumori carnosi nell' uretra; — e per mia propria esperienza, posso dire che non è raro l'osservare delle vegetazioni nella fossa navicolare di persone che hanno di tali escrescenze sulla mucosa del prepuzio. Colà però, io le osservai rare volte disturbare di molto la funzione dell'uretra.

Questi funghi, carnosità, caruncole od escrescenze come furono detti, possono essere uno sviluppo delle papille mucose, come le verruche esterne sul prepuzio; o granulazioni comuni nascenti da una superficie ulcerosa; o veri polipi, o raramente, tumori tubercolari o cancerosi. Thompson dice che la prima varietà, lo sviluppo delle papille mucose, è più frequente alla regione spongiosa; che i tumori polipoidi si limitano all' uretra prostatica, e che i tubercoli e il cancro non sono mai formazioni primitive, ma sempre secondarie allo sviluppo di essi in altre parti dell' apparato urinario.

Un tempo si ammisero gli stringimenti dipendenti da sfiancamenti varicosi; ma l'esame cadaverico non confermò mai la loro esistenza. L'emorragia che accompagna qualche volta l'introduzione degli strumenti, e che certe volte è eccessiva, dipende generalmente da granulazioni vascolari, da abrasioni superficiali, o da ferita del tessuto spongioso che circonda tanta parte dell' uretra. È anche probabile che in molti casi nel vivo, ci sia un esagerato afflusso di sangue nei vasi che stanno intorno allo stringimento, afflusso che non sempre è manifesto nel cadavere.

Il Dr. Jameson cita il caso di un vecchio marinajo che ebbe per lungo tempo grave stringimento ed abituale ritenzione; l'esame cadaverico dimostrò che — tutta la porzion membranosa dell'ure-

[1] Practical Treat. on the Diseases, ecc., of the Bladder, Prostate gland, and Urethra, 2ª ediz.

tra era *ossificata* e ridotta al volume di una penna di gallo. — [1] Non ostante l'autorità rispettabile cui si appoggia la storia di questi casi, mi sembra più probabile che le forme patologiche osservate dipendessero piuttosto da deposito calcare nelle pareti uretrali, che da una vera ossificazione.

Finalmente lo stringimento può dipendere da un indurimento specifico intorno a un ulcero infettante nascosto dentro l'uretra; Ricord dice d'averne osservati parecchi esempj.

SEDE. — Nel determinare sul vivo la sede anatomica degli stringimenti si incontrano molti accidenti che ponno far cadere in errore. Quali sarebbero: la differenza nella estimata lunghezza dell'uretra normale, quale ci vien data da varj autori; la mobilità dello stringimento stesso che fu sovente reputato posteriore, e a una certa distanza della punta dell' instrumento; la facilità del pene a lasciarsi allungare intanto che se ne prende la misura; e l'attuale allungamento di quest'organo, conseguenza frequente dei maneggi cui è sottoposto il pene quando è affetto da stringimenti.

La gran discrepanza degli autori, quanto alla sede più frequente dello stringimento, dimostra che questa e fors'anche altre fonti di errori non furono debitamente calcolate; le moderne ricerche hanno mostrato che si ebbe sempre la tendenza di fissare la sede dello stringimento al di là, ossia posteriormente al vero sito.

Non starò a citare le diverse opinioni che si misero fuori su questo punto sì controverso; riferirò addirittura i risultati ottenuti da Thompson da un esame diligente e laborioso, di oltre trecento preparazioni di stringimenti uretrali raccolte nei principali musei di Parigi, di Londra, di Edimburgo. La località dello stringimento non si può determinare con precisione, se non coll'esame cadaverico; onde le conclusioni di Thompson devonsi ritenere decisive, fino a che non vengano combattute dall'esame di un maggior numero di esempj, condotto colla medesima cura, colla medesima fedeltà, il che non è poi sì facile.

[1] An Essay on Strictures of the Urethra, di H. G. JAMESON, Am. Med. Recorder, 1824, vol. VII, p. 251.

Riferibilmente alla località dello stringimento, Thompson divide l'uretra nelle tre seguenti regioni: —

I. La Curva sotto-pubica; che comprende 25 millimetri di canalo al davanti, e 18 millimetri al di dietro del punto di unione tra le regioni spongiosa e membranosa, comprendendo per tal modo tutta la porzione membranosa.

II. Il Centro dell'uretra spongiosa, la qual regione si estende dal limite anterioro della precedente a circa 6 centimotri dal meato estorno, lunga pertanto dai 6 ai 7 centimotri e mezzo.

III. L'Orifizio esterno, comprendendo una distanza di due pollici e mezzo posteriormente (circa 6 centimetri).

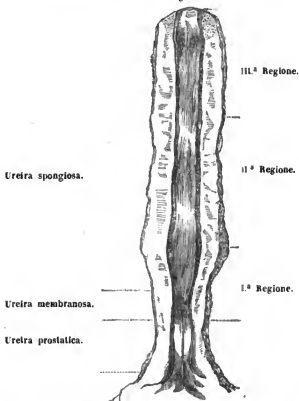
Di 270 preparazioni, comprondenti 320 stringimenti mareati, Thompson ne trovò:

Nella I regione . .	215	ossia	67	por cento
„ II „ . .	51	„	16	„
„ III „ . .	54	„	17	„
	320			

Si vede da ciò che il maggior numero degli stringimenti si trova alla curva sotto-pubica; e la località più frequente si può ancora limitare alla porzione anteriore di questa regione, come si desume dalle seguenti parole di Thompson: — La parte dell'uretra dove più di froquento si riscontrano gli stringimenti, è quella porzione compresa nei 25 millimetri (1 pollice) anteriormente alla congiunzione, cioè, la parte posteriore o bulbosa della porzion spongiosa. La facilità di questa parte ad esser sede di stringimento, va diminuendo avvicinandosi al punto di uniono, dove lo stringimento è meno comune; posteriormente ancora, è rarissimo. Ancor più raramente si riscontra lo stringimento alla parto posteriore della porzione membranosa. — [1] La prossima o più frequonte situazione degli stringimenti è ai 60 millimetri esterni, e la meno frequente è alla metà porzione della region spongiosa; la diversità però di frequenza in questo due situazioni non è molto grande,

[1] Op. cit., p. 83.

poichè queste due ultime sono di poca importanza sotto questo rapporto, paragonate alla porzione anteriore del bulbo.

Fig. 13.

Uretra sana lunga 21 centimetri (otto pollici e mezzo) tolta via la metà superiore; disegno tratto da un pezzo naturale di recente preparazione, e ridotta su scala a metà della grandezza naturale. A sinistra della figura stanno indicate le divisioni anatomiche dell'uretra, a destra i limiti delle regioni relativamente alla località negli stringimenti.

Walsh [1] ebbe risultati identici a quelli di Thompson, esaminando le preparazioni del Collegio Reale dei Chirurghi di Dublino;

[1] Dublin Medical Press, genn. 23, 1856.

rivedendo le osservazioni d'altri chirurghi si trovò che, in via generale, quando i loro dati erano basati sulle ricerche cadaveriche, non si aveva differenza materiale da quelli che noi abbiamo esposti or ora.

Mercier, [1] il quale, tra i chirurgi francesi fu qnello cho probabilmente pose maggior attenzione all'anatomia e patologia degli organi genito-orinarj, dice che gli stringimenti sono quasi esclusivamente limitati alla porzione spongiosa dell'uretra, e sono più frequenti al bulbo. Egli opina che la sia solo un'eccezione quando si riscontrano alla porzione membranosa.

Avrà vednto il lettore che non s'è fatto alcun cenno della porzione prostatica dell'uretra; regione che Astley Cooper riteneva sempre seconda nella relativa frequenza degli stringimenti. Non v'è dubbio che in principio si sia gindicata in molti casi l'ipertrofia della prostata quale contrazione organica del canale. Le moderne ricerche dimostrano che lo stringimento dell'uretra prostatica è tanto raro, da lasciar ammettere qualche dubbiezza sulla vera esistenza di esso. Thompson dice chiaramente che non se ne trova un sol caso in nessuno dei pubblici musei di Londra, di Edimburgo, di Parigi. Valsh descrive una preparazione del museo del Collegio Reale dei Chirurghi di Dublino nel quale c'è uno stringimento che comincia alla parte posteriore della porzione membranosa e si estendo nella region prostatica, presentando una contrazione assai palese. Crosse descrisse e diede il disegno di un caso di stringimento prostatico; Leroy d'Etiolles [2] e Ricord [3] dicono di averne osservato qualch'uno; Civiale, [4] parla di uno di tali casi.

In conclusione si può dire che le moderne ricerche dimostrano che gli stringimenti si trovano solo in quelle parti dell'uretra che sono circondate da tessuto erettile, e sono più frequenti là dove questo tessnto è più abbondante; ond'è che la loro sede ordinaria

[1] Recherches sur le traitement des Maladies des Voies Urinaires, 1856. — Bulletin de la Société Anatom. de Paris, 1858.

[2] Des Rétrécissements de l'Urètre. Paris, 1845.

[3] Note all'Hunter.

[4] Malad. des org. genito-urinaires, 2.ª ed. Paris, 1850.

sta nel bulbo, appresso nel restante della porzione spongiosa, e finalmente nella regione membranosa, la quale è pure rivestita da un sottil strato di tessuto vascolare. Secondo questa legge, il punto più pronunciato di uno stringimento che circondi l'uretra bulbosa, sta nella parte inferiore del canale, corrispondendo al maggior spessore del tessuto erettile in questa regione uretrale.

Numero. — La maggior parte delle volte non c'è che un solo stringimento nel medesimo individuo. Di 267 preparazioni esaminate da Thompson lo stringimento era singolo in 226. Qualche volta si osservano parecchie distinte contrazioni. Hunter [1] ne osservò sei; Colot otto; Ducamp cinque; Boyer non ne trovò mai più di tre, e Thompson [2] mai oltre i tre o al più quattro. Civiale [3] dice che quando sono parecchi, ve n'ha quasi sempre uno situato nella curva sotto-pubica, e gli altri stanno tra questa e il meato urinario. Faccio notare che quì s'intende sempre di parlaro di stringimenti *marcati, ben definiti*. Qualche volta l'uretra è ristretta per buon tratto, con alcuni punti di maggior restringimento; ma questi non sono da ritenersi quali stringimenti distinti, separati. Gli stringimenti longitudinali si trovano più spesso nella regione spongiosa cho non nella curva sotto pubica; e si hanno esempj nei quali si estendevano dal meato fin presso al bulbo.

Forma. — La forma dello stringimento varia a seconda della quantità e situazione del deposito fibrinoso che lo produce. Questo può essere costituito da poche fibre che circondano tutta o in parte la circonferenza dell'uretra como un filo, o può formare una fascia di diversa estensione e spessore. Nel primo caso, lo stringimento composto di una falda di membrana mucosa racchiudente le fibre costrittrici, rassomiglia a un diaframma membranoso che

[1] Ricord e Hunter, op. cit., p. 168.
[2] Op. cit., p. 54.
[3] Op. cit., vol. I, p. 157.

lare indurito. Thompson dice che lo spessore dei tessuti è generalmente maggiore alla superficie inferiore che non alla superiore.

Lo stringimento può anche involgere il canale per la lunghezza da 12 a 15 millimetri a parecchi centimetri; allora la strada è più o meno deviata dalla solita direzione, e lo stringimento si chiama irregolare o tortuoso. In questi casi specialmente l'indurimento è così eccessivo da interessare tutto lo spessore del corpo spongioso ed anche parte dei corpi cavernosi, costituendo delle masse dure che il dito avverte facilmente sul vivo.

Grado di contrazione. — Il materiale plastico dello stringimento offre una costante tendenza a contrarsi e farsi più duro o più solido col tempo; ond'è vero, in via generale, che quanto più è antico uno stringimento, tanto è più calloso e meno suscettibile di dilatazione. V'hanno però delle eccezioni a questa regola; e si trovano degli stringimenti antichi che cedono facilmente, mentre altri di data più recente sono ostinatissimi. V'è anche una classe di stringimenti che cedono al metodo della dilatazione, ma che tornano a stabilirsi rapidamente, e a brevissima distanza dall'ottenuta guarigione ritornano stretti quanto mai. Questi stanno per lo più nell'uretra spongiosa o bulbosa, dove la natura dei tessuti circonvicini permettono una maggiore effusione di materiale plastico, più che nelle parti profonde del canale. Sono questi gli stringimenti *ripullulanti* di Syme. Quando vi sono due stringimenti, l'uno nella parte anteriore l'altro nella posteriore dell'uretra, l'ultimo per lo più si dilata assai più facilmente del primo.

Una ferita dell'uretra dall'interno ma più frequentemente dall'esterno, può riuscire con una completa obliterazione del canale. Negli stringimenti, le pareti uretrali probabilmente non sono mai tutt'affatto fuse insieme, tranne che in quelli di origine traumatica; si hanno però dei casi nei quali l'orina venne per lungo tempo deviata dalla via naturale con delle strade fistolose, e nell'esame cadaverico fu impossibile l'introdurre il più sottile specillo nella contrazione, anche dopo aver levata via la porzione esterna del pene. [1] Sono però esempj rari; per lo più anche con un re-

[1] Thompson, op. cit., p. 60.

stringimento pronnnciatissimo l'orina esce fuori ancora, non fos-s'altro a goccia a goccia.

Non fu lieve il discutere che si feco sulla questione: se l'uretra quand'è permeabile all'orina, è anche sempre permeabile agli strumenti; questione importante in qnanto si riferisce alla sezione perineale, difesa da Syme professore di clinica chirurgica all' Università di Edimburgo. Alcnni interpretarono male le idee di Syme, e si suppose ch' egli ammettesse l' immediata permeabilità degli stringimenti in ogni circostanza. Ecco le medesime parole del profess. Syme: — Quanto alla questione della impermeabilità, io dico semplicemente, che se l'orina passa fuori, anche gli strumenti, colla diligenza e la perseveranza, possono passare al di là della contrazione. Osservo che questo caso è affatto differente da quello di una vescica distesa cho richiede *immediato* soccorso.

Non sostenni mai che in tali circostanze, l' introduzione di un catetere sia sempro praticabile. — [1]

Liston, ancor prima tenne questo campo, e disse di non aver mai trovato degli stringimenti insorpassabili; — poichè qnando esce un po' di orina, colla pazienza e la perseveranza, tosto o tardi riuscirete a far passare nn catetere. —

Il Dr. Phillips ha le medesime idee del profess. Syme. Nel suo *Traité des Voies Urinaires,* [2] egli scrive: — Syme dice che non c'è stringimento alcuno insorpassabile; ogni qualvolta esce un po' d'orina, anche a solo stillicidio, si pnò introdurre una sottile candeletta. Io sono completamente di questa opinione, per quanto possa sembrare assoluta. — Il Dr. Phillips acquistò in Parigi molta riputazione per essere riuscito a cateterizzare in casi nei quali furono infruttuosi i tentativi di Nélaton ed altri chirurghi; tale successo non fu ottenuto che in qualche caso, dopo tentativi ripetuti e prolungati d'assai più di quanto si possa ammettere comnnemente. In un caso si richiedettero sei sedute di tre ore caduna; quando il lettore sappia che il Dr. Phillips pone sempre il paziente da cateterizzare in posizione eretta, vedrà che si richiede non poca durata nell'operazione.

[1] Edinburgh Monthly Journal, giug. 1851.
[2] Pag. 194.

Le idee di Syme non furono generalmente adottate dagli uomini dell'arte. Fuori poi destarono molta opposizione; ed in questo paese, io credo di poter dire francamente, che nessun chirurgo anche di vasta esperienza, non può sostenere di non aver mai trovato nno stringimento insorpassabile; eppure gli annali della chirurgia dicono che i chirurghi d' America non sono indietro di quelli d' altri paesi in abilità e destrezza di mano. Negli ultimi anni di vita, Liston ebbe ripetute sconfitte tentando di introdurre un catetere, e il sig. Cadge che assistette Liston quando operava per qualche anno prima della morte di quest'ultimo dice: — Tengo nota di quattro casi nei quali, dopo tentativi ripetuti infruttuosamente per introdurre un instrumento, Liston preparò i pazienti come per la litotomia ed aprì l'uretra praticando un'incisione nel perineo. — Il grande sostenitore della permeabilità, Syme stesso, trovò qualche sconfitta; come pare dalla seguente confessione che egli fece nella seconda edizione della sua opera: — In molti casi, dovetti aspettare qualche giorno ed anche qualche settimana, prima di poter passare. Tre volte, l'una in privato, le altre due in pubblico, trovai necessario di aprir l'uretra anteriormente allo stringimento, in modo da avere l'ajuto di un dito posto nel canale per guidare la punta dell'instrumento. — Come disse uno de'suoi critici, — c'è molto a sospettare che la sia stata press'a poco una bottoniera, lo che non può a meno di suggerire l'idea di una porta di ritirata, nell'argomentazione dell'operatore. —

Con questo non si vuol negare che l'abilità, la delicatezza e la perseveranza della mano, possano trionfare spesse volte di uno stringimento ostinato, dove riuscirono inutili altre mani meno abili. Nè bisogna dimenticare, che quanto più il chirurgo ha confidenza nel suo strumento, tanto più facilmente riescirà nell' intento. Bisogna anche ammettere, che quando ci siano le debite condizioni, gli esempj di sconfitta sono rari; ma dire che ciò non succede mai, eccede i limiti del vero e scoraggia il giovine pratico nell' uso del catetere. Colle parole di uno dei più eminenti nostri chirurghi: — io asserisco, colla testimonianza della mia personale esperienza, la migliore delle prove, che v'ha una classe di stringimenti, risultati di cause comuni, i quali mentre concedono passaggio all'orina, per quanto lento ed imperfetto, non per-

mettono l'introduzione di alcun strumento in vescica, per quanto sottile. — [1]

E non si potrebbe dire dopo tutto questo, che la differenza di opinioni in questo argomento è piuttosto di parole che di fatti? Il Dr. Phillips e il Dr. Z trovano un caso di stringimento, nel quale nè l'uno nè l'altro non riescono a introdurre un instrumento al primo o al secondo tentativo. Or bene il Dr. Z lo chiama insorpassabile, mentre il primo ripete i tentativi indefinitamente fino a che riesce nell'intento e lo chiama: sorpassabile. Il Dr. Syme trova uno stringimento che non si può sorpassare se non facendo un' incisione nel perineo per aver l' ajuto di un dito introdotto nella ferita e lo chiama: permeabile; mentre il Dr. Z fa lo stesso e lo chiama: impermeabile.

Patologia degli Stringimenti.

Nei casi di lieve stringimonto, il canalo al davanti della contrazione mantieno lo dimensioni e i caratteri naturali; ma nei casi gravi e cronici, quando il fluire dell'orina fu impedito assai, quando la parto anterioro dell' urotra o per simpatia o per continuità di tessuto partecipò all' infiammazione cho prende specialmente la parte cho sta al di dietro dello stringimento, allora questa porzione anterioro di uretra è contratta. Un'altra condiziono, difficile a spiegarsi, è quella della dilatazione, cho in un caso descritto e figurato da Carlo Bell fu assai considerabile. Alcuni autori notarono altresì dei casi nei quali l' uretra era ulcerata al davanti dello stringimonto.

Posteriormente allo stringimento, l'uretra è generalmente allargata; conseguonza naturale dell' ostacolo alla libera evacuazione della vescica. Il canale perde da ultimo la elasticità e diventa dilatato in modo che vi si può introdurre facilmente il dito; o forma una saccoccia cho sta come un tumore fluttuante al perineo. Beniamino Brodie riferisce il caso di un individuo che aveva uno

[1] Gross, Diseases of the Urinary Bladder. Philad., 1855.

stringimento a 7 centimetri e mezzo al di dietro del meato esterno: ogni qualvolta emetteva l' orina, si notava un tumore al perineo della grossezza di una melarancia; punto con una lancetta ne usci una vera corrente di orina; e si lasciò poi che si versasse dall'apertura artificiale, fino a che lo stringimento venne guarito col metodo della dilatazione. [1]

Le lacune della mucosa o gli orifizj dei condotti prostatico ed ejaculatore, partecipano spesso a questo allargamento; i setti fra lo saccocce così formate, costituiscono una rete specialmente limitata al pavimento o ai lati del canale; la qual rete facilmente impedisce il passaggio di uno strumento se non si innalza di molto la punta verso il pube. Questa condizione è rappresentata nelle fig. 14 e 15 tolte dall'opera di Thompson. La continuata pressione può distruggere interamente l' eminenza del veru montanum. La parte prostatica dell'uretra è particolarmente suscettibile della dilatazione ora descritta, mentre la membranosa lo è meno; infatti quando lo stringimento è situato al davanti del legamento triangolare, l'uretra membranosa *può* mantenere il suo calibro ordinario; è questo un fatto da tener presente nella sezione perineale, diversamente, praticando questa operazione nei casi di contrazioni insorpassabili, si va cercando come guida alle incisioni la dilatazione uretrale che in fatti non esiste. [2] Quando vi sono parecchi stringimenti, per lo più l' uretra è alquanto dilatata negli spazj fra l'uno e l'altro.

La membrana mucosa specialmente quella al di dietro dello stringimento, è la sede della infiammazione cronica; questa membrana è qualche volta contratta e raggrinzata; qualche volta sottile e ricca di piccoli vasi sanguigni; la superficie è generalmente coperta da uno strato di essudato denso; da questa fonte e dalla vescica deriva la secrezione blennorroica che accompagna così spesso gli stringimenti. È frequente l' ulcerazione, la quale può essere superficiale, o può anche estendersi ai tessuti più profondi producendo delle larghe escavazioni delle pareti uretrali; in qualche raro esempio può anche distruggere la porzione contratta del

[1] Lectures on the Diseases of the Urinary Organs. Phil., 1847.
[2] Guthrie, London Lancet, 1851.

canale. Un paziente, curato da Beniamino Brodie,[1] patì fieri dolori al luogo dello stringimento per parecchi giorni, dopo di che migliorò assai ed emetteva le orine meglio di quanto non facesse gli anni addietro; il complesso delle circostanze fece credere che lo stringimento fosse stato distrutto dall'ulcerazione.

Ascesso e Fistola. — Lo sviluppo di un ascesso o di una fistola in vicinanza dell'uretra è un' altra conseguenza ancor più seria dello stringimento. In molti casi, il loro modo di origine rassomiglia alla formazione di un ascesso e di una fistola intorno al retto; la mucosa uretrale viene alterata o distrutta dall'ulcerazione in uno o più punti; durante l'emissione dell'orina, un po' del liquido penetra nel tessuto cellulare; si forma un ascesso che si scava terreno in varie direzioni, o che apre e stabilisce una comunicazione fistolosa tra la superficie esterna e l' uretra. In altri casi, gli ascessi si sviluppano senza rottura delle pareti uretrali, senza infiltramento orinoso; possono aver luogo ancorchè l' impedimento all'evacuazione della vescica non sia completo. Non si può che ascriverli all'irritazione prodotta nelle parti circostanti, dalla presenza dello stringimento, specialmente se questa irritazione viene accresciuta dall'uso inconsiderato degli instrumenti. Un gran numero di esami cadaverici dimostrò che può benissimo darsi un ascesso da stringimento senza comunicazione col canale uretrale; in qualche caso però, il processo ulcerativo stabilisce più tardi questa comunicazione. Quando l'uretra è forata, l'apertura per lo più sta al di dietro della parte contratta, ma qualche volta è al davanti. Civiale,[2] Caudmont,[3] ed altri citarono esempj di ascessi orinosi anteriormente agli stringimenti; se ne ponno vedere anche in alcune preparazioni di pubblici musei. La strada che va prendendo la fistola orinosa è spesso assai erratica; può aprirsi nel retto, al perineo, sulla superficie dello scroto, alla parte inferiore dell'addome, sulle cosce, sulle natiche. Thompson [4] cita due esempj

[1] Op. cit., p. 16.
[2] Op. cit., p. 505.
[3] Bulletin de la Soc. Anatom. de Paris, 2ª serie, t. IV, p. 109.
[4] Op. cit., p. 68.

in uno dei quali la fistola attraversò il foro tiroideo, nell'altro terminò all'ombelico. Alla Società di Chirurgia di Parigi fu presentata una preparazione (21 sett. 1859) nella qualo una fistola, cominciando alla vescica, passò attraverso il ramo orizzontale del pube, e terminò con parecchie aperture sulla coscia; probabilmente però il paziente, oltre lo stringimento, aveva anche qualche affezione dell'osso del pube, v'erano adesioni fra quosto e la vescica.

Queste strade insolite hanno quasi sempre una sola apertura nell'uretra, ma ne hanno diverse che si aprono all'esterno; in un caso veduto da Civiale, [1] la superficie esterna ne presentava non meno di cinquantadue. La loro superficie interna si riveste di un tessuto avventizio assai rassomigliante alla membrana mucosa, ma senza ghiandole e senza follicoli; è organizzato, fornito di nervi, di vasi sanguigni, di vasi assorbenti e secerne di continuo un fluido muco-purulento. Le pareti di questi seni sono così dure, che il passaggio si può seguire col dito tenendo dietro alla sensazione di un cordoncino che decorre sotto la pelle. Quando sono numerosi, il tessuto cellulare frammezzo e intorno a loro può condensarsi per infiammaziono cronica, riducendosi a una massa dura carnosa; e la parte va perdendo, se non la forma, la naturale cedevolezza. Se l'uretra è impermeabile l'orina fluisce interamente da quosti nuovi canali; se è porvia, una parte sola di liquido passa per le vie naturali. Sulle pareti, o meglio presso gli orifizj o in qualche fondo cieco apertosi nella strada si depone una materia calcolosa o in piccole particelle o a masse, rassomigliante all'arena.

Spesso ha luogo una deposizione di materia simile nei seni prostatici dilatati, che descrivemmo più indietro. Questa ghiandola può inoltre infiammarsi e vi si possono formare degli ascessi i quali, o ponno starvi per un pezzo circoscritti, o si aprono nell'uretra, o stabiliscono una comunicazione col retto o col tessuto cellulare della pelvi; o la prostata si riduce a una massa poltacea apparentemente circondata da una saccoccia membranosa nella quale non si può più distinguere la naturale struttura. Lo stringimento dell'uretra fu una volta considerato quale causa frequente

[1] Op. cit., vol. I, p. 539.

dell'allargamento prostatico senile; ma un gran numero di esami fatti sul vivo o sul cadavere hanno dimostrato che è raro il caso di trovare queste due alterazioni combinate, e che probabilmente non hanno alcun nesso l'una coll'altra. [1]

Vescica. — È legge generale dell'oconomia animale che all'aumentato esercizio tien dietro aumentato sviluppo. Per quella medesima ragione che il braccio del fabbro si fa più grosso e più vigoroso, le pareti della vescica diventano ipertrofiche in conseguenza del difficile fluire dollo orine e della maggior forza che si richiede nell'emetterle onde vincere lo stringimento. Questa ipertrofia è specialmente dello strato muscolare; però non risparmia tutt'affatto il tessuto areolare, che si fa alquanto più grosso e più denso. Lo spessore delle pareti della vescica può crescere a cinque o sei volte il naturale, fino a raggiungere 15, 25 millimetri. I fascicoli delle fibre muscolari, più sviluppati, formano delle rughe prominenti sulla superficie mucosa, onde furono benissimo paragonate allo colonne carnose delle cavità del cuore. Gli sforzi espellenti ripetuti di spesso con violenza fanno protrudere la mucosa frammezzo a queste colonne; si formano delle saccocce le quali, piccole dapprima, vanno aumentando di volumo fino a raggiungere ed eccedere il volume della vescica stessa. Il loro sviluppo è principalmente favorito dall'essere composti di una membrana mucosa con uno strato imperfetto di fibre muscolari, poco tessuto areolare, e il peritoneo esternamente, onde sono più sottili, più deboli e meno resistenti delle pareti vescicali. Queste saccocce sono per lo più in numero di tre a sei, qualche volta ancor più; la loro comunicazione colla vescica spesso non è altro che una piccolissima apertura, la quale in una preparazione del museo del London Hospital non eccede il volume di una penna d'oca; qualche volta contengono delle particelle arenose o dei calcoli formati, che vi possono essere penetrati dalla vescica, e che più spesso si sono sviluppati in cavità. È succeduto in casi ana-

[1] Thompson, The Enlarged Prostate, its Pathology and Treatment. London, 1858. — Adams, The Anatomy and Diseases of the Prostate. London, 1853.

loghi, la rottura delle pareti, il versamento dell'orina nella cavità addominale e la morte. [1]

L'imperfetto svuotamento della vescica nei casi di stringimento, e la consecutiva ritenziono parziale o decomposiziono dell'orina, fanno sì che la membrana interna si mantenga in uno stato di infiammazione cronica; il qual processo quì come in altri tessuti mucosi si manifesta coll'ipertrofia, coll'insolita vascolarità, coll'aumentata secrezione, colla maggiore irritabilità. Esaminando il cadavere, notiamo cho la mucosa della vescica diventò più grossa, molle e poltacea, più colorita, per lo più in rosso scuro, e presenta delle isole di congestioni; la superficie è occupata da un muco viscido che unito all'orina può chiudere il piccolo orifizio dello stringimento; spiegandola, vi si trova nna quantità di piccoli calcoletti, od è ricoperta da linfa, qualche volta a piccoli tratti, qualcho volta in strati d'una certa estensione.

L'irritabilità della vescica eccita delle frequenti voglie di orinare, e la capacità di questo organo, non mai completamente disteso, trovasi per avventura diminuita di molto. Si ricordano esempj nei quali questo viscere non conteneva più di un'oncia, fin anche mezz'oncia di liquido. Se una tale condizione è di vecchia data, essa non è rimediabile cho assai incompletamente, quand'anche lo stringimento che fu causa prima, sia stato dilatato; la vescica non risponde più come prima alla volontà dell'individuo. Si nota, per eccezione, anche il caso contrario: se l'irritabilità della vescica è poca o nulla, l'ostacolo al fluire dell'orina può esser causa di distensione costante della vescica, con aumento di capacità invece di diminuzione; in ambidue questi casi le pareti vescicali sono ipertrofiche.

Ureteri e Reni. — Siccome lo stringimento impedisce che l'orina esca dalla vescica, ne vien di conseguenza che il liquido si ferma dentro quest'organo; onde troviamo dei cambiamenti negli ureteri e nei reni, analoghi ai cambiamenti or ora descritti. Gli ureteri sono spesso così dilatati da potervi introdurre

[1] Come si vede in una preparazione del Museo del George Hospital, n.º S 21.

il dito indice ed anche il pollice; in qualche caso si sono erroneamente ritenuti quali porzioni di intestino tenue. Le pareti sono più grosse, v'hanno depositi di linfa ed altri segni di infiammazione cronica sulla loro superficie interna. I reni ponno prender parte a queste lesioni; la pelvi, le piramidi, i calici si dilatano, il tessuto parenchimatoso dell'organo si atrofizza per la pressione cui è soggetto e vi si formano dei vasti serbatoj capaci di contenere cinque, dieci e, come in un caso osservato da Thompson, venti once.

Organi genitali. — Lo stringimento non di rado è accompagnato da ipertrofia e indurimento del pene, da tumefazione e edema del prepuzio. Tali lesioni non si sanno ancora spiegare in modo abbastanza soddisfacente. L'ipertrofia si potrebbe attribuire alle trazioni, cui gli ammalati sentono bisogno di esercitare sul pene; ma questo non spiega l'indurimento, mentre si danno casi di ipertrofia e indurimento, senza che vi sia stata questa abitudine delle trazioni. Nelle affezioni della prostata e del collo della vescica, si riscontra qualche volta una condizione analoga nelle parti. Civiale [1] la riferisce agli sforzi prolungati e frequenti per orinare, sforzi che inceppano la circolazione venosa e mantengono nella parte uno stato di irritazione o di infiammazione cronica. Probabilmente vi influisce anche la simpatia che sta fra le diverse parti dell'apparato genito-orinario. La tumefazione del prepuzio giunge talvolta a segno da indicare la scarificazione.

Si può osservare la dilatazione anche nei condotti ejaculatori; infiammato ed inspessite le loro pareti e quelle delle vescichette seminali; le cavità loro contengono del pus certe volte, od altri prodotti infiammatorj.

V'ha spesso una certa irritabilità del testicolo; ricorre qualche volta l'epididimite dopo aver introdotti nell'uretra degli strumenti. Velpeau [2] fa distinzione tra l'epididimite che dipende da blennorragia e questa forma di cui parliamo; e dice che nella presente è rara l'effusione nella tonaca vaginale, e che i sintomi infiammatorj,

[1] Op. cit., p. 141.
[2] Dictionn. de Méd. t. XXIX, p. 465.

assai meno gravi, scompariscono in cinque o sei giorni, anche senza cura. Nella mia pratica, non ho mai potuto verificare questa differenza. Uno dei casi più ostinati di ingrossamento del testicolo che io abbia veduti, derivò dall'uso di candelette per la cura di uno stringimento; ne ho veduti altri, ma erano assai lungi dal carattere mite che loro vuol dare il Velpean.

EFFETTI COSTITUZIONALI. — Un individno che abbia stringimento non dei più leggieri, va generalmente soggetto a un certo disturbo degli organi digerenti e della nutrizione. Scema l'appetito; le digestioni sono faticose; la lingua sporca; dimagra e indebolisce; prova dei brividi frequenti i qnali assumono qualche volta nn tipo periodico; dolori e sensazioni moleste in varie parti del corpo, principalmente al perineo, ai lombi, alle cosce, e spesso alla pianta dei piedi; il morale è abbattuto e ansioso, fino a diventare quello di un vero ipocondriaco. Per intendere come gli stringimenti possano affettare organi lontani, basta richiamare alla mente l'importanza della secrezione renale quale agente depurativo del sistema; come anche il perfetto equilibrio che sta fra le parti diverse dell'organismo, onde ogni piccola alterazione nell'una corrisponde coll'alterazione in altre. Considerando le lesioni organiche determinate dagli stringimenti nella vescica, negli nreteri, e nei reni, è evidente che la secrezione dell'orina dev'essere assai disturbata, e la completa eliminazione del materiale inutile viene quindi sospesa; ed è altresì probabile che dall'orina parzialmente decomposta, raccolta nella vescica e altrove, si riassorbano dei principj nocivi. Gli effetti inevitabili che ne conseguono sull'organismo in complesso e specialmente sui centri nervosi, sono abbastanza conosciuti perchè io mi faccia a spiegarli. La solidarietà dell'apparato genito-orinario con altri organi, è più che evidente nella pratica ottalmica. Sono così comuni gli esempj di certe malattie ocnlari, qnali sarebbero l'astenopia o la coroidite, combinate o chiaramente dipendenti da affezioni dell'uretra, o della vagina, o dell'utero, che l'oculista pratico non manca mai di interrogare il suo malato sullo stato di qnesti ultimi organi, convinto che non riescirà alcuna cura della malattia oculare, se gli organi genitali non sono sani. La medesima simpatia che sta fra gli organi genito-orinarj e l'occhio, può anche stare con altre parti del corpo.

Sintomi degli Stringimenti.

Uno dei primissimi sintomi di nno stringimento organico, è per lo più un po' di scolo blennorroico dall'nrctra. Se il restringersi del canale tenne subito dietro ad una blennorragia, l'uretra non può più riprendere la sua condizione solita finchè durano i sintomi acuti; ma in qualche caso, scomparsa ogni traccia di materia muco-purulenta, o per lo meno non più avvertita dal malato, d'un tratto probabilmente dopo qualche eccesso, le biancherie sono ancora macchiate, o i labbri del meato sono aderenti. In tal caso, lo scolo può presentare tutte le varietà quanto al carattere e al tempo di comparsa, delle quali già parlammo trattando della blennorrea. Può essere costante e sufficiente a macchiare le biancherie; o può essere assai scarso e appena percettibile al mattino levandosi. Peggiora coll'esercizio violento e protratto, coll'amplesso, coll'uso degli alcoolici, o coi cambiamonti atmosferici da diventare così abbondante e purulento fino a far nascere il sospetto che sia venuta in campo una nnova blennorragia; e quantunque in circostanze favorevoli questo scolo possa col tempo scomparire o quasi, pure ritorna tosto facilmente, e non cede tutt'affatto colla cura ordinaria della blennorrea. Questo scolo non è nn sintomo costante di stringimento, ma c'è nella maggior parte dei casi. Deriva principalmente dalla porzione di canale ristretta e dalle parti che stanno precisamente al di dietro, le quali sono quasi sempre la sede dell'infiammazione cronica, e sono più o meno modificate nella loro vitalità.

Altro dei primi sintomi, e certe volte il primo che fissi l'attenzioni del malato, è il graduato diminuire di potere ch'egli sano, esercita sulla vescica e nell'atto dell'orinare. Ei non può più trattenere le orine per quel tempo che faceva prima, e durante la notte è chiamato a frequenti evacuazioni. Egli si prova a compiere questo atto, ma trova che non lo può subito come prima, ma deve aspettare e ripetere gli sforzi innanzi che venga l'orina; la corrente inoltre è più piccola nel calibro, il getto è minore del solito, qualche volta distorto in varj sensi; o appianato, o a spira

come un cava-turaccioli, o biforcato, o diviso in più parti che divergono dal meato; oppure intanto che dal canale esce un piccolo getto, una parte dell'orina sgocciola ai piedi; onde il paziente è obbligato a una cura speciale per non lordarsi gli abiti e le scarpe; e alla fine quand'egli crede d'aver terminato, sgocciola ancora un po' di orina e bagna gli abiti e le cosce. Questi sintomi non si hanno a tenere quali patognomonici dello stringimento; essendochè essi ponno avere altre cause quali sarebbero la presenza di un muco denso nel canale, la contrazione spasmodica, i calcoli, l'azione sregolata della vescica, ecc.; sono però indizj di un certo valore specialmente quando sono persistenti; sono essi generalmente ma non sempre, proporzionati al grado di coartazione.

Al tempo istesso, ogni atto d'orinare è accompagnato da dolore e ingrate sensazioni, che variano nell'intensità, nella posizione e nel carattere. Più spesso si avverte un senso di dolore ottuso al perineo, alle parti deretane, ai lombi, o al glande; spesso l'uretra o il collo della vescica, o il decorso del cordone spermatico sono sedi di un dolore acuto, più forte agli inguini e ai testicoli, qualche volta lancinante fin nelle cosce. Altra sede frequente di dolore è al di dietro del pube, e ciò dipende forse da un certo grado di infiammazione della vescica. Insomma, gli organi genito-orinarj, e le parti che vi sono legate o per continuità di tessuti, o per innervazione, sono sede di una condizione di morbosa sensibilità.

Col progredire della malattia, tutti questi sintomi peggiorano, e cresce specialmente l'urgenza di orinare. Spesso il paziente non può dormire, chiamato ogni momento ad orinare nel qual atto è costretto a consumare ogni volta lungo tempo. Nei casi gravi l'orina sgocciola a poco a poco, intanto che il malato dorme, o nel giorno senza ch'egli se ne accorga, se non quando si sente bagnato e gli abiti e la persona. Questo andamento fu spesso preso erroneamente per incontinenza d'orina; mentre è quasi sempre dovuto alla distensione della vescica contratta e al versarsi fuori del contenuto. L'orina si altera e si decompone parzialmente in conseguenza della ritenzione e ne segue l'infiammazione della vescica. La reazione dell'orina è per lo più alcalina, è di odore disgustoso, opaca, nebulosa, mescolata a sostanza densa e tenace che aderisce ai lati del vase; raffreddandosi deposita un precipi-

tato di color pallido, che esaminato al microscopio si trova costituito da cristalli fosfatici, da squamme epiteliari e globuli di pus. Questa condizione dell' orina è assai favorevole alla deposizione di materia calcolosa; le ultime porzioni di orina che si emettono, contengono spesso una sabbia sottile la quale eccita nell' uretra una sensazione di bruciore; od anche si formano dei calcoli che vengono trattenuti nella vescica o si impegnano nella porzione dilatata del canale al di dietro dello stringimento.

Si può avere l' ematuria, qualche volta in grado eccessivo; la si trova più di frequente nei casi vecchi e gravi, nei quali la mucosa dell'urotra è assai congesta. Tien dietro specialmente all'uso degli strumenti o meglio a qualche ferita da essi cagionata o alla rottura dei tessuti vascolari nella turgescenza dell'erezione, oppure può anche mancare di cause corrispondenti o apprezzabili. Qualche volta anche la membrana mucosa della vescica secerne del sangue in poca quantità. In genere queste due fonti di emorragia si possono distinguere. Se il sangue viene dalla vescica, è uniformem.nte diffuso nell' orina cui imparte un colore oscuro, oppure l'ultima porzione di orina è di un color più fosco e contiene dei coaguli rotti; spesso è dolente la regione del pube a una pressione profonda. Se il sangue viene dall'uretra, non lo si osserva che in coaguli, o vien fuori dal canale indipendentemente dal fluire delle orine.

Le funzioni genitali ponno venir disturbate in vario modo. L'irritazione delle parti eccita frequenti erezioni ed anche polluzioni notturne. Altre volte l'ereziono non è mai perfetta, a cagione della rigidità dell'urotra, o per qualche ostacolo all'afflusso del sanguo nei corpi cavernosi; l'amplesso è doloroso, e il seme invece di essere ejaculato viene emesso a goccia a goccia, o refluisce nella vescica per l'uretra dilatata; onde le persone che hanno stringimenti sono spesso impotenti. Civiale nota che l'ejaculazione è seguita da un miglioramento momentaneo nel potere di orinare, ma cho il paziente resta in uno stato di esaurimento che dura spesso per ventiquattro ore. [1]

Gli emorroidi, il prolasso dell'ano e l'irritaziono intorno al retto

[1] Op. cit. pag. 167.

qualche volta grave, sono spesso cagionati dai ripetuti e violenti sforzi per vuotare la vescica; sono quindi indirettamente sintomi di stringimento. In modo analogo può succedere l' ernia, specialmente nei vecchi, ciò che è di molto incomodo per la difficoltà di tenere a posto l'intestino.

Nei primi periodi dello stringimento organico, sopraggiunge qualche volta la ritenzione dell'orina in consegnenza della congestione e dello spasmo; in qualche raro esempio, è questo il primo indizio pel quale il paziente s' accorge di essere affetto da stringimento d'uretra; ma nella maggior parte dei casi la ritenzione si manifesta più tardi quando l' ostacolo al passaggio dell' orina è già molto pronunciato. Tien dietro generalmente alle influenze di umido e freddo o al lungo cavalcare, e più spesso per eccesso dietetico cui si aggiunsero gli alcoolici a larghe dosi, pei reni stimolati ad una eccessiva secrezione, la vescica distesa, quindi tendenza a congestione, e l'orina è trattenuta per lungo tempo; allora tentando di orinare il paziente trova di essere affatto incapace di emettere il liquido, o lo può solo in quantità così scarsa che la vescica non trova alcun sollievo dalla pressione che vi esercita internamente il contenuto. Le prime volte che succede un tale disordine, vi si può forse rimediare senza molta difficoltà coll'introdurre un catetere, col bagno caldo, ecc.; anzi alcuni di questi ammalati soggetti a ritenzioni imparano a recarsi sollievo loro medesimi, e tengono abitualmente un instrumento per questo scopo. Presto o tardi però progredendo il contrarsi dello stringimento, ne segue un attacco di carattere molto più serio; si tentano gli antichi mezzi e sono insufficienti; la vescica si distende sempre più, e a meno che incapace di dilatarsi per l'eccessivo spessore e per la contrazione delle pareti, s'innalza al disopra del pube manifestandovisi come un tumore teso, ovoide, che può ascendere fino all'ombelico. Ora lo stato del paziente è assai grave; ogni sforzo violento per orinare è inutile; il dolore già provato dall'incominciare dell' attacco lungo il decorso dell' uretra, sopra il pube, al perineo, ai lombi si fa più generale e più intenso; il corpo si ricopre di una profusa traspirazione di odore orinoso; la faccia rossa ed ansiosa; gli occhi injettati; il paziente presenta l' aspetto del terrore e della disperazione; e se non vi si porta rimedio, in pochi giorni si chiude la scena, col delirio, il coma e la morte. Le

parole sono insufficienti a descrivere i patimenti prodotti da una grave ritenzione di orina; solo chi la provò o chi ne fu testimonio può saperne l'agonia.

In tali casi la distensione della vescica può anche cagionare la rottura delle pareti di quell'organo. Sir Everard Home ne cita due casi, Thompson [1] due, uno in un numero recente della Medical Times and Gazette. [2] Se la rottura comprende anche il peritoneo, l'orina si versa nella cavità addominale; scompare il tumore vescicale, ma gli intestini si fanno tesi e gonfj, e segue tosto la morte per peritonite. Più comunemente il peritoneo vien risparmiato, e il contenuto della vescica si versa dapprima nel tessuto cellulare sottosieroso dove può indurre gangrena estesa delle parti lì intorno, o formatasi l'ulcerazione si versano poi dopo nella cavità addominale. Non si conosce caso di guarigione da rottura della vescica per ritenzione. [3]

Ancor più spesso, la distensione della vescica produce rottura dell'uretra dietro lo stringimento, dove le pareti sono più deboli per l'infiammazione cronica e per l'ulcerazione. Nell'infiltramento d'orina che ne consegue rapido ed esteso, non resta tempo perchè l'infiammazione adesiva vi ponga freno, come succede spesso nella più lenta formazione degli ascessi orinosi, e così l'orina forzata dalla contrattilità della vescica, penetra nel lasso tessuto cellulare dovunque non è limitato dalle aponeurosi, l'influenza delle quali nel determinare il corso degli infiltramenti orinosi fu già descritto. Quando la rottura succede anteriormente al legamento triangolare, l'effusione si estende all'avanti e all'insù nello scroto e nell'addome; l'estensione di questa effusione si può determinare per lo più dietro l'ingrossamento e lo scoloramento della cute e per un crepitio enfisematoso alla pressione che dipende dalla mescolanza di gas col liquido; la comunicazione vascolare tra i tessuti superficiali e i profondi è troncata, e ne segue la gangrena di estese porzioni della pelle, se non vi si rimedia colle incisioni. Si ricordano casi nei quali l'effusione perforò il fascia perineale superfi-

[1] Op. cit. pag. 351.
[2] Febb. 11, 1860.
[3] Thompson, Op. cit.

ciale e si estese all'ingiù sulle cosce; la maggior parte degli integumenti dal ginocchio all' ombelico, compresi gli involucri del pene e lo scroto, caduti in gangrena, e i testicoli scoperti interamente e sospesi pel cordone spermatico e pei vasi; oppure nonostante tali circostanze, fu vista la guarigione.

Quando la rottura ha luogo posteriormente al legamento triangolare, i sintomi possono per qualche tempo restare latenti; e, come quando succede altrove, il paziente prova spesso la sensazione come di qualcosa che va via, e si trova momentaneamente sollevato da' suoi patimenti. Se la rottura è abbastanza larga da concedere libero passaggio all'orina, il tumore vescicale diminuisce, e, migliorando la tensione delle parti, il paziente può ancora orinare, ma la quantità estratta od evacuata è scarsa; tosto si avverte al perineo un dolore profondo pulsante, e invadono i sintomi di depressione generale; e l' orina dopo aver penetrato in varie direzioni si avvicina alla superficie. Un sintomo che deve ritenersi di assai grave importanza, è la comparsa di una macchia scura sul glande; ciò indica che l'infiltramento arrivò nel corpo spongioso nell'uretra, e che la gangrena è già cominciata.

Cause degli Stringimenti.

Si potrà avere una migliore conoscenza delle cause di stringimento e della loro relativa frequenza, dopo l' analisi di un gran numero di casi, quale ci vien fornita nella seguente tavola di Thompson. Faccio osservare che 143 di questi 220 casi furono tolti dai registri dell'University College Hospital di Londra, e 49 dagli scritti di varj chirurghi, sparsi nei giornali medici; pertanto si possono ritenere affatto esenti da ogni idea preconcetta quanto all'eziologia dello stringimento, e assai degni di fede; al tempo stesso quasi tutti essendo occorsi nella pratica d' ospedale, ci presentano la peggior classe dei restringimenti uretrali.

Si vede in questa tavola che la blennorragia ha il primo posto, e lo lesioni del perineo il secondo, nell'eziologia degli stringimenti; questa deduzione vien confermata dall'esperienza universale della professione odierna. In un trattato sulle malattie veneree è necessario di considerare solo la prima di queste cause, e la minore influenza esercitata dalla cicatrizzazione degli ulceri nella produzione degli stringimenti.

I. Cominciando dalla blennorragia, vediamo di fissare se è possibile, in quali fasi o in quali circostanze questa malattia termina collo stringimento. Quì ancora le statistiche di Thompson concordano coll'osservazione d'ogni chirurgo, che gli stringimenti uretrali sono favoriti dalla lunga durata dell'uretrite, piuttosto che dalla gravezza di essa. Lasciando fuori i 61 casi della tavola ora esposta, nei quali non si parla della durata della precedente blennorragia, noi troviamo che in circa nove decimi dei rimanenti, l'infiammazione uretrale cui si attribuiva lo stringimento fu o cronica o trascurata. Le domande fatte ai pazienti affetti da stringimento, ci dimostrano che nella maggior parte dei casi, il restringersi dell'uretra fu preceduto da gravi blennorragie; ma fosse da una o più, l'ultima durò settimane e mesi e terminò colla blennorrea. Questo concorda con quello cho si osserva in altri canali mucosi; i restringimenti organici delle vie lagrimali, dell'esofago, del retto, sono prodotti assai di rado, se pur lo sono, da infiammazione acuta, bensì quasi sempre da infiammazione cronica; tutti i prodotti infiammatorj effusi nella infiammazione acuta sono albuminosi, quindi rapidamente assorbiti, mentre quelli della cronica sono fibrinosi, ed assai facili ad organizzarsi e rimanere.

A questa opinione si aggiunge il fatto che la sede più comune di stringimento è alla distanza di dieci o dodici centimetri dal meato, poichè l'infiammazione blennorragica duranto il periodo acuto si limita per lo più alle vicinanze della fossa navicolare, mentre la blennorrea affetta le parti più profonde del canale, il che è dimostrato dall'esperienza giornaliera, ed anche dai reperti cadaverici di Rokitansky e Thompson, i quali dicono di aver spesso osservato l'infiammazione cronica aver sede nel *bulbo*. Nè si deve quì dimenticare la gran vascolarità di questa parte del canale poichè — il grado di effusione infiammatoria, corrisponde alla quantità

del sangue fornito: — ciò spiega forse perchè lo stringimento è di rado situato nella regione membranosa.

Se qui non si è su terreno sbagliato, e non c'è da dubitarne io credo, si può dire che quanto più si prolunga la durata della blennorragia, con tanta maggior facilità si produce lo stringimento; fra le cause indirette di stringimento, si devono quindi enumerare l'abito scrofoloso, la diatesi gottosa e reumatica, gli errori dietetici, l'abuso della venere, l'esercizio prolungato ed eccessivo, l'acidità dell'orina, l'irritabilità dell'uretra che induce contrazioni spasmodiche, ecc. L'influenza di tutte queste cause nell'aggravare l'infiammazione uretrale è abbastanza ovvia; d'altronde ne abbiamo già parlato nel capitolo sulla blennorragia e non c'è bisogno di fermarvisi adesso.

Dirò qualcosa sulla lacerazione delle pareti uretrali nell'incordatura, e sulle ferite dall'uso imprudente di sonde, cateteri, ecc. La prima può succedere spontaneamente, o può derivare dall'abitudine, più comune nei Francesi e negli Americani, di cercar sollievo nell'incordatura, distendendo forzatamente il pene, o come si dice volgarmente, *rompendo la corda.* Thompson dice d'aver veduto un caso di stringimento che ebbe tale origine; e, giudicando dall'emorragia che ne segue, bisogna ritenere che questa distensione laceri il canale per buon tratto. Le ferite dell'uretra prodotte da strumenti che agiscono dall'interno, hanno il medesimo effetto che quelle da strumenti che agiscono dall'esterno; nel consecutivo processo di cicatrizzazione, la naturale riunione delle parti va spesso perduta, e si formano dei depositi di un materiale fibro-plastico dotato di proprietà contrattili.

Il modo d'origine della blennorragia non impedisce per nulla ch'essa produca lo stringimento con una certa facilità, tranne in quanto lo stringimento influisce sulla durata della blennorragia. I restringimenti uretrali possono dipendere da uretrite cagionata da leucorrea, dal flusso della menstruazione, dalle secrezioni vaginali acri, dall'abuso della venere, ecc., precisamente come da uretrite dipendente da contagio diretto. Questo precetto non è solo fondato sull'idea della natura semplice della blennorragia, ma anche sull'osservazione; inoltre non c'è il menomo argomento per credere che il materiale plastico dello stringimento (fuor che in una data classe di casi di cui parleremo) sia di natura specifica, nè vi in-

fluisce punto il mercurio dato internamente, che agisce tanto celeremente sull'indurimento specifico della sifilide secondaria.

Thompson stabilì una classe di casi, meno frequenti di quanto si supponga comunemente, nei quali lo stringimento organico si manifesta in età avanzata, dopo moltissimi anni senza uretrite; or si domanda se non v' abbia alcuna relazione di causa ed effetto tra questa e lo stringimento. Thompson adotta la probabile spiegazione che una blennorragia avuta in gioventù possa lasciare una predisposizione alla congestione ed all'infiammazione, le quali ultime ponno essere determinate da una vita sregolata, dall'esporsi frequente ai cambiamenti atmosferici, da una condizione acre dell'orina per dispepsia o per gotta, o da altre cause, e riescire finalmente col lento ordirsi dello stringimento, il quale non si fa palese che molti e molti anni dopo la blennorragia acuta.

S'è data molta importanza alle injezioni quali cause di stringimento. Io sono obbligato a dissentire *in toto* da questa opinione che per me è basata sul ragionamento *post hoc ergo propter hoc.* Si asserì per sostenerla, che il maggior numero dei pazienti di stringimento fecero uso di injezioni nella precedente o nelle precedenti blennorragie; ma quand'anche si potesse dimostrare colle necessarie statistiche che ciò è vero, non si riescirebbe ancora a stabilire un nesso fra le injezioni e lo stringimento, mentre le injezioni continuano ad essere il metodo di cura prescolto negli scoli; ciò proverebbe quasi che lo stringimento è consecutivo a quella blennorragia che non si può curare colle injezioni. Dall'esposta tavola di Thompson si può benissimo rilevare che l'asserito più sopra è una esagerazione, almeno per quanto concerne le forti injezioni; dei 164 casi di stringimento attribuiti a blennorragia, solo 3 — i pazienti li attribuirono all'uso delle injezioni, non ostante la disposizione comune agli ammalati di dar sempre la colpa del loro male a qualche modo particolare di cura, piuttosto che alle loro imprudenze; d'altra parte in numero assai maggiore mi dissero che le loro precedenti blennorragie non furono curate con alcuna sorta di injezioni. — [1]

Le injezioni o troppo forti, o usate in un periodo non adat-

[1] Thompson, op. cit., p. 116.

tato, o fatto con troppa forza, agiscono senza dubbio quali escarotici, aggravano il processo infiammatorio, e così favoriscono il restringersi dell'uretra; questo effetto però non appartiene che al loro abuso. Al giorno d'oggi però, si può dire che questo pregiudizio è ormai fuori di corso; i migliori chirurghi moderni impiegano le injezioni nella loro pratica e la raccomandano assai, ed io sono felice di citare in loro favore l'autorità di Thompson il quale deve certamente aver studiato il soggetto in favore dello stringimento, e il cui giudizio pertanto deve aversi quale sciolto da ogni parzialità per l'uso delle injezioni nella blennorragia. Questo chirurgo dice: — Io non esito a dire che le injezioni debitamente usate costituiscono uno dei migliori mezzi per combattere l'infiammazione uretrale, specialmente la forma cronica, prevenendo così il formarsi degli stringimenti. —

II. Un ulcero, come qualunque altra ulcera, distrugge una parte dei tessuti nei quali ha sede; questa perdita di sostanza non viene riparata dal processo di cicatrizzazione, e la soluzione di continuità si riempie di un deposito fibro-plastico in forma di granulazioni, che a poco a poco si restringe ed avvicina i margini della piaga originale, o forma tra questi margini una cicatrice dura, resistente. In questo modo gli ulceri situati in qualsiasi parte della mucosa uretrale possono diventare fondamento di stringimento. Gli esempj più frequenti dipendono dalle piaghe primitive sul margine del meato, e quanto è più distruttiva l'ulcera, tanto più facilmente l'orifizio uretrale si restringe; ond'è che gli ulceri semplici, e specialmente gli ulceri fagedenici, sono assai più a temersi degli ulceri duri, poichè questi ultimi, in via generale, sono più superficiali. Si dà qualche volta che questa medesima causa di stringimento sia situata dentro il canale a una maggiore o minor distanza dal meato; ed assai probabilmente essa esiste anche in altri casi che si prendono per blennorragie semplici, quantunque lo scolo sia dovuto a un ulcero nascosto.

Quantunque un ulcero *infettante* sulla mucosa uretrale, generalmente non cagioni tanta perdita di sostanza da produrre stringimento nel modo che abbiam detto, possiede però un'altra facoltà che può dare il medesimo risultato. L'indurimento specifico che sta sotto all'ulcero e che lo circonda, può distruggere la naturale elasticità delle pareti uretrali, e presentare un grave osta-

colo al fluire dell'orina o all'introduzione degli instrumenti. Ricord ebbe ad osservare parecchi esempj di simili casi.[1] Non v'ha dubbio che certe volte lo stringimento può dipendere da ambedue queste cause combinate, cioè la cicatrice di ulcero incavato e l'indurimento specifico.

Diagnosi.

I sintomi generali possono da soli essere sufficienti a indicare un caso di stringimento, ma in molti casi sono assai ingannevoli V'hanno altre affezioni degli organi orinarj con sintomi assai rassomiglianti a quelli dello stringimento, e che spesso fecero credere appunto che si avesse a che fare con uno stringimento. Pertanto l'esperienza ci insegna d'andar sempre assai guardinghi nello stabilire la diagnosi. Le malattie che più facilmente si ponno confondere collo stringimento organico, sono: l'infiammazione subacuta della prostata, la nevralgia e l'iperestesia uretrale, delle quali ci occupiamo debitamente in altri capitoli di quest'opera. Per ora accennerò solo a certi punti importanti.

L' infiammazione subacuta della prostata, può essere accompagnata a un di presso da quasi tutti i sintomi che si descrissero appartenenti allo stringimento; vogliam dire, la frequenza e difficoltà dell'orinare, lo scolo blennorroico, il dolore nel perineo, sopra il pube e altrove. Questa identità di sintomi può facilmente indurre in errore nello stabilire una diagnosi, errore che può anche venir confermato da un' esplorazione superficiale dell' uretra, poichè la porzione prostatica del canale, in questa affezione, è eccessivamente sensibile, e l'introduzione di un catetere è assai doloroso; se allora il chirurgo riposa sulle sensazioni provate dal paziente, e non si cura di istituire una esplorazione completa, o se adopera una candeletta o una sonda troppo sottile, sì che facilmente la punta dell'instrumento possa impegnarsi in qualche lacuna della mucosa, le erronee conclusioni già dedotte dalla storia del caso, vengono confermate.

[1] Hunter e Ricord, Malattie veneree.

Si può cadere nel medesimo errore nei casi di iperestesia uretrale, sia questa prodotta da simpatica irritazione per la presenza di un calcolo in vescica, o per affezioni del retto e simili, o mancando ogni causa apparente, dipenda solo da disturbo nervoso.

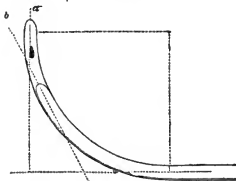
La diagnosi di un caso sospetto di stringimento, deve fondarsi sulla diligente e perfetta esplorazione dell' uretra; ci occuperemo ora degli instrumenti che si richiedono a tale scopo e del modo di adoperarli.

Esplorazione dell'uretra. — Per l' esplorazione fisica dell'uretra e per la diagnosi dello stringimento si richiede un assortimento di cateteri o di sonde o meglio di tutti e due dal N.° 1 al N.° 15 della scala da catetere comunemente in uso; si aggiungono alcune candelette di gomma elastica e qualche sonda a punta bulbosa.

I migliori cateteri sono quelli costrutti di argento puro, sì che si possa dar loro quella curva che meglio conviene. Devono avere una lunghezza alquanto maggiore di quella del canale pel quale devono passare; comunemente hanno la lunghezza di circa tre decimetri. Il chirurgo deve avere anche un catetere prostatico che misuri almeno quattro decimetri. L' impugnatura del catetere è fornita di un anello fisso, ovale, fermo a ciascuna delle estremità, onde l' operatore possa avvertire il più piccolo deviamento dall'asse, quando l'instrumento è introdotto nel canale, come anche per poterlo assicurare a guisa di catetere permanente. L'estremità vescicale dell'instrumento ha due fenestrelle per dar passaggio all'orina, l'una da un lato a 12 millimetri circa dall'estremità, l'altra all'altro lato a 25 millimetri a un di presso. Spesso queste fenestrelle sono troppo larghe, in modo che vi si impegnano delle ripiegature della mucosa del canale che fanno ostacolo al passaggio del catetere, e danno dolore inutilmente. I margini delle fenestrelle devono essere lisciati con diligenza. Alcuni cateteri invece di avere queste due fenestrelle laterali, hanno l'estremità traforata da molti forellini; non sono però convenienti, perchè i fori si chiudono assai facilmente col muco denso o coi coaguli sanguigni.

Il grado di curvatura di questo e di altri instrumenti che servono all'esplorazione uretrale, è argomento di non poca importanza. Sarebbe desiderabile che la curva dell'instrumento corrispondesse

alla curva naturale della parte meno mobile dell' uretra, che è quella porzione che sta sotto alla sinfisi del pube. Thompson adottò questo principio nella costruzione dei cateteri, e il suo esempio venne imitato assai generalmente, poichè l'esperienza confermò le deduzioni teoriche; più gli strumenti uretrali con una tale curva

Fig. 16.

si possono introdurre molto più facilmente. Parlando dell'anatomia dell'uretra si disse che la curva sottopubica descrive un arco di cerchio del diametro di 8 centimetri circa; la corda dell'arco è della lunghezza di 5 centimetri.

La fig. 16 mostra un catetere e una sonda curvati in modo da addattarsi a questa curva.

Onde la direzione del fusto indichi la precisa direzione della punta del catetere, bisogna che queste due parti dell'instrumento siano costantemente costrutti in relazione l'una coll'altra. Il principio su cui costruire l'instrumento secondo la regola ora esposta, è quello di un angolo retto pel catetere, o per la sonda che è alquanto più breve, un angolo di 120°, ossia un angolo retto e un terzo.

È bene l'avere uno o più cateteri con una scala graduata, onde misurare la profondità cui si trovano gli stringimenti e per determinare la lunghezza dell' uretra; quando si adoperano a questo secondo scopo, la scala deve cominciare all'apertura terminale e non all'estremità della punta.

I cateteri di gomma elastica che si possono rendere più fermi

con uno stiletto, quantunquo adoperati qualche volta, non sono però applicabili così generalmente come quelli di argento.

Mancando per avventura di catetero o non potendone avere tosto, nell'urgenza se ne può costrurre uno con tutta facilità mediante un filo metallico ripiegato su sè stesso e incurvato a seconda dei comuni instrumenti urotrali; introdotto in vescica questo catetere, l'orina sfugge framezzo ai lati del doppio filo.

Le sonde di argento sono le migliori, ma sono anche troppo dispendiose. Si fanno per lo più di acciajo puro, e ben ripulito onde evitare l'azione della ruggine. A questo scopo vengono anche inargentate, ma questo processo non le garantisce completamente; è meglio che vengano ripulite ad olio piuttostochè brunite. L'impugnatura della sonda dev'essere larga e alquanto scabra onde la mano dell'operatore possa fare presa sicura e senta ogni deviazione nella direzione della punta. Siccome le sonde non sono destinate a penetrare in vescica, fuor che allo scopo eventuale di verificare la presenza di un calcolo, le si costruggono di un centimetro circa più brevi dei cateteri, ma devono però avere la medesima curva.

Le candelette sono di cera, di osso di balena, di gomma elastica, o d'altre sostanze, o terminano con una punta arrotondata, conica, fusiforme, o ad oliva. Quelle di gomma elastica sono assai preferibili, fuor che per gli stringimenti assai stretti, pei quali si impiegano comunemente le minugie o quelle di osso di balena perchè più dure e meno facili a piegarsi o a rompersi. In mancanza di candelette preparate, il chirurgo può fabbricarsi delle candelette di cera, facendo imbevere nella cera fusa un pezzo di tela di conveniente lunghezza e larghezza ed avvolgendolo quindi a cilindro sodo e compresso. Queste candelette riescono bene specialmente quando s'hanno ad applicare dei caustici allo stringimento.

Si foggiano a cordone od a passo di vite involgendo intorno all'estremità della sonda un filo metallico e lasciandovelo per un certo tempo. Questa forma è assai utile quando l'apertura dello stringimento sta a un lato del centro del canale. Furono consigliate, pel primo da Leroy d'Etiolles; [1] il Dr. Phillips nei casi difficili

[1] Sur les avantages des Bougies Tortillées et Crochues dans les Rétrécissements et Angusties de l'Urètre difficiles à franchir. Parigi, 1852.

adopera sempre delle sonde di osso di balena costrutte a questo modo.

Io preferisco le candelette colla punta ad oliva; le si introducono assai liberamente e senza dolore, ciò che non è poco vantaggio specialmente operando individui nervosi, o quando l'uretra è assai sensibile. Inoltre, il collarino posteriore all'oliva è adattatissimo a portare fin nelle parti profonde del canale quella qualunque sostanza medicata od altro, che si volesse introdurre nell'uretra.

Le candelette d'ogni sorta, ma specialmente quelle fatte di sostanze fragili, devono essere esaminate di tempo in tempo; se si trovano menomamente alterate si devono rigettare, perchè non abbiano a danneggiare l'uretra o rompervisi dentro. Quelle di gomma elastica coll'uso diventano scabre, ed irritano la mucosa, onde pur esse devono allora rigettarsi. Le sonde d'osso di balena bisogna ungerle d'olio di tanto in tanto, se no diventano fragili e mal sicure.

Le *sonde bulbose* fatte d'acciajo, giovano a determinare l'estensione dello stringimento dall'avanti all'indietro, ed anche a verificare se, posteriormente a quello già trovato esista un altro stringimento. È bene l'averne varie alla mano, col diametro del bulbo tra il N.° 1 e il 6 della scala da catetere. I signori Tiemann e C. dietro i consigli del Dr. G. A. Peters di questa città, hanno recentemente fabbricata una sonda bulbosa a fusto sottile sul quale si possono fermare a vito dei bulbi di diversa grandezza; il fusto è graduato cominciando dalla superficie superiore del bulbo. Misurata su un catetere graduato la distanza tra il margine anteriore dello stringimento e il meato esterno, s'introduce una sonda bulbosa nel restringimento; la posizione del margine posteriore può essere determinata dal bulbo che vi urta contro con un moto di va e vieni impartito all'instrumento; la lunghezza dello stringimento sarà indicata dai gradi segnati sul catetere o sulla sonda a un punto corrispondente all'orifizio esterno del canale. Questa misura giova quasi sempre nel determinare la probabile durata della cura; è quasi indispensabile quando s'hanno a fare delle incisioni interne. Inoltre la piccola dimensione del fusto, quando l'instrumento passa attraverso un restringimento, dà alla sonda bulbosa molta libertà di movimento, e permette che l'esploratore possa esplorare degli stringimenti situati più profondamente.

Le *candel tte bulbose* di gomma olastica si possono introdurre con minor doloro delle sonde bulboso; pertanto sono da preferirsi, specialmento per esplorare le parti più profonde del canale. Queste e le candelette nodoso (bougies à noeuds), sono instrumenti assai utili per rinvenire un piccolo grado di contrazione, e per determinaro la sensibilità relativa delle diverse parti dell'uretra.

Fig. 17.

Introduzione del catetere. — Si può introdurre un catetere tenendo il paziente in posiziono eretta o seduta, ma la posizione recumbento è migliore sotto molti rapporti; il paziente giace sdrajato sul dorso, collo spallo olevate, i ginocchi piogati e alquanto scostati, gli organi genitali liberamente esposti; il chirurgo sta in piedi o seduto al suo lato sinistro. Il chirurgo cleva il pene a un angolo di circa sessanta gradi col corpo onde cancellaro la curva anteriore dell'uretra, afferrandolo col dito anulare e medio della mano sinistra col palmo rivolto all'insù; il pollico e l'indice liberi per retrarre il prepuzio e separaro i labbri del meato. Il catetere unto d'olio vien sostenuto dolcemente tra il pollice, l'indice e il medio della mano destra come una penna, coll'asta corrispondente alla ripiegatura tra la coscia sinistra e l'addome. L'introduziono dell'instrumento dev' esser fatta lentamento ed esercitando assai poca forza; quando sia debitamente dirotto, il solo suo peso è quasi sufficiente a farlo passare; incontrando qualche ostacolo, si ritira l'instrumento per breve tratto, poi lo si avanza ancora variando leggiermente la direziono della punta; o so l'ostacolo dipende da contraziono spasmodica dell'uretra, lo si sorpassa per lo più con una dolce pressione continuata per un momento; passando lungo i primi quattro o cinquo centimetri dell'urotra, si inclina la punta dell'instrumento alquanto all'imbasso verso la superficie inferiore onde evitaro la lacuna magna; al di là lo si deve dirigere piuttosto verso la superficie suporiore ondo evitare il seno del bulbo; penetrato sotto il pube, si fa girare l'asta fino alla linea mediana del corpo

portandola parallela alla superficie dell'addome; allora s'innalza l'impugnatura in direzione perpendicolare, abbassandola poscia fra le cosce, e la punta entrerà per lo più in vescica; se a questo punto s'incontra qualche ostacolo al libero procedere dell'instrumento è probabilmente perchè la punta si è impegnata nel tessuto estensibile del bulbo; si ritira ancora l'instrumento per breve tratto e perpendicolarmente, stirando il pene prima di ripetere il tentativo; se è necessario si può trovare maggior ajuto durante l'ultima parte dell'introduzione, premendo dolcemente contro la convessività dell'instrumento al davanti dell'ano o introducendo un dito, per verificare la esatta posizione della punta e guidarla avanti e all'insù contro la superficie posteriore della sinfisi; il passaggio dell'estremità dell'instrumento sull'uvula della vescica vien spesso indicato da un senso di nausea o da un leggier tremito del paziente; penetrati in vescica si ha il fluire dell'orina.

Ora rivediamo questi varj gradi, segnando i principali ostacoli naturali che si devono evitare. Il primo è la lacuna magna situata nella superficie superiore dell'uretra; la si evita dirigendo la punta dell'instrumento verso la superficie inferiore, finchè si è nei primi quattro o cinque centimetri. Il secondo è la sinfisi del pube, contro cui può urtare l'estremità del catetere quando l'addomo sia disteso e l'impugnatura tenuta sulla linea mediana; ond'è che bisogna dare all'asta una direzione parallela alla piegatura della coscia, e non portarla sulla linea mediana nè elevarla fino a che la punta non sia penetrata sotto la sinfisi. Il terzo è il seno del bulbo; la parete uretrale è assai estensibile in questo punto e facilmente forma piega, contro cui si ferma la punta dell'instrumento invece di passare per l'apertura del legamento triangolare nell'uretra membranosa; ciò succede assai meno facilmente quando i tessuti vengono distesi col distendere alquanto il pene; quando però succedesse, si libera la punta ritirandola dolcemente ed avanzandola poi in una direzione piuttosto verso la superficie superiore del canale Faccio notare che questo è il solo momento dell'operazione nel quale si debba fare qualche trazione sul pene; quando la punta dell'instrumento è entrata nell'uretra membranosa, ogni trazione è affatto dannosa. Inoltre l'ipertrofia della prostata o l'insolito sviluppo dell'uvula della vescica ponno fermare l'instrumento nell'ultimo tratto di cammino; ciò si eviterà abbassando l'impugnatura e sollevando così

la punta verso la sinfisi: in questi casi spesso si è obbligati a ricorrore a un catetere prostatico. In ogni caso di stringimento sospetto è aureo precetto quello di adoperare nella prima esplorazione un catetere abbastanza grosso per distendere l'uretra, qualunque sia la storia dei sintomi precedenti data dal paziente; così si eviteranno non poche fonti di errore. La differonza dell'impressione provata dalla mano dell'operatore, per una contrazione dell'uretra puramente spasmodica o per uno stringimento organico è assai distinta; ma è altresì assai meglio sentita di quello che descritt Nel primo caso, i tessuti contro i quali urta la punta dell'instrumento serbano la loro naturale flessibilità, e l'ostacolo cede a una pressione dolce e continua; nel secondo caso si sente un ostacolo fisso e *respingente* il quale può venir spinto all'indietro impartendo alle parti vicine un maggioro o minor grado di movimento, e se dopo aver tentati uno o più instrumenti di minori dimensioni, se ne trova uno che penetra nello stringimento, esso vi è afferrato o *portato* in modo assai caratteristico. Il solo fenomeno che rassomigli a questo, è la contrazione dei muscoli volontarj ed involontarj che circondano l'uretra membranosa, i quali vengono qualche volta messi in azione dalla presenza d' un corpo straniero specialmente nei soggetti irritabili; in questo caso però si può introdurre anche un instrumento del calibro dell'uretra con poca difficoltà; lasciandolo per brevo tempo, l'ostacolo cede e il catetere o la sonda si muovono liberamento. Ponendo attenzione a queste circostanze la diagnosi riuscirà più facile, quand'ancho la mano non sia educata a distinguere la materiale differenza delle sensazioni.

Candelette modello. — Le impressioni rimasto sulle candelette di cera o d'altra sostanza plastica, servono assai bene in qualche caso a indicarci le dimensioni e la forma dello stringimento. A questo scopo il Dr. Enrico Bigelow chirurgo al Massachussetts General Hospital consiglia caldamente le candelette di gutta-percha.[1] Quando io era chirurgo interno di questo ospedale nel 1850, ebbi spesso occasione di vedere ed assistero il Dr. Bigelow quando toglieva impressioni con quosto metodo. Le candelette si preparano

[1] Boston Medical and Surgical Journal, febbrajo 1849.

dapprima col tagliare delle strisce da un pozzo di gutta-percha, press'a poco della dimensione desiderata; si rammolliscono leggiermente immergendole per un momento nell'acqua calda, indi le si rotolano fra due assicelli e le si tornano ad indurire immergendole nell'acqua fredda. Preparatene così un certo numero, se ne sceglie una che possa moderatamente distendere l'uretra; la si unge d'olio o se ne rammollisce l'estremità passandola sulla fiamma di una candela o di una lampada ad alcool; appresso intanto che la sostanza è ancora calda e plastica s'introduce subito la candeletta fin dentro nell'ostacolo, ve la si preme contro per un momento lasciandovela finchè presumibilmente diminuì di temperatura; allora la si tira fuori adagio adagio e dolcemente. L'estremità porta l'impressione della superficie anteriore dello stringimento e di una parte del canale, offrendo così la posizione dello stringimento, le dimensioni e l'eccentricità dell'apertura, ecc.; questo pezzo d'instrumento si taglia via dall'asta e lo si serba pel futuro, o perchè abbia a servire di paragone coi modelli tirati più tardi. Thompson [1] si oppone a questo processo dicendo che in molti esempj restò nell'uretra un pezzo della candeletta, e si dovette ricorrere ad una operazione per toglierla fuori; quattro casi simili si possono trovare nella Dublin Medical Gazette, gennajo 1855. Giudicando dalla mia esperienza, io non credo che questo accidente possa succedere così facilmente quando il chirurgo osservi le dovute cautele. La guttapercha dev'essere pura e preparata di recente, e prima di adoperarla se ne deve provare la forza; quando è vecchia è assai friabile. Io posseggo alcune candelette che fabbricai dieci anni sono, ed ora sono fragili quasi quanto il vetro; non ho però mai veduto accadere alcun caso spiacevole quando il materiale era recente e preparato come dissi. Dirò un'altra cosa, che la tenacità della gutta-percha si altera pel frequente contatto coll'orina, onde le candelette fatte di tale sostanza non si devono far durare troppo a lungo. Faccio osservare che il *caoutchouc vulcanizzato* tanto esteso al dì d'oggi, si può rammollire anch'esso sulla fiamma d'una lampada, offrendoci una sostanza assai utile per le candelette da modello. Le impressioni ottenute su queste sostanze sono assai utili

[1] Op. cit., pag. 188.

e interessanti, specialmente nei casi complicati da false strade; non sono però sempre necessarie.

Gli stringimenti dell' uretra anteriore allo scroto, si rilevano spesso dall'esame della superficie, in conseguenza della quantità di deposito duro che li circonda; sarà bene l'istituire tanto l'esame interno quanto l'esterno, onde verificar se vi sia qualche seno o qualche ascesso nei contorni del canale.

Cura.

Mezzi costituzionali. — Nella cura degli stringimenti importa assaissimo il non trascurare la condizione generale dell'organismo e particolarmente quella degli organi digerenti; senza di ciò, i mezzi locali quantunque ben istituiti, o non possono agire, o riescono a nulla. I cattivi effetti che ne possono venire da un solo eccesso o per vino, o per esercizio, o per coito, ponno dare idea dell'influenza dannosa d'un errore anche piccolo sul metodo di vita, ma continuato di giorno in giorno; se pochi bicchieri di vino, o un lauto pranzo, o una corsa a cavallo ponno esser causa di congestione e spasmo uretrale e quindi di ritenzione di orina, ne vien naturale l'induzione che ogni disordine anche piccolo si oppone seriamente a qualunque tentativo di cura. Queste deduzioni teoriche sono confermate ogni dì dalla pratica; si può quindi formulare questa regola generale, che: quanto più è regolare il metodo di vita del paziente, tanto più facilmente riesce la cura.

Il metodo di cura costituzionale dello stringimento, deve quindi variare nei diversi casi. A meno che la malattia non sia assai avanzata, basta generalmente il prescrivere quelle misure che meglio ravvicinano alla salute, e porre l'organismo nelle condizioni più favorevoli a determinare l'assorbimento. Altra indicazione della massima importanza è quella di diminuire per quanto si può la funzione dei reni, e rendere l'orina di carattere blando e non irritante le superficie infiammate sulle quali deve trascorrere; ciò si raggiunge specialmente col regolare la qualità e la quantità del cibo, e col favorire le secrezioni della pelle, degli intestini, dei polmoni. La dieta dev'essere semplice ma abbastanza

nutriente; proscrivere affatto gli alcoolici, i cibi conservati da tempo, i formaggi, le carni salate, il caffè e tutte quelle sostanze che rendono più cariche le orine, come pure il tabacco, fuor che in dose piccolissima; si manterrà libero l'alvo giornalmente, so occorre con qualche blando lassativo; si evitino i purganti energici. Si faccia uso frequente di bagni e di frizioni, per stimolare la pelle; quando v'è molta irritabilità d'uretra, giova assai il semicupio caldo; non si faccia maggior moto di quello necessario a mantenere appetito e vigore; in generale il paziente dovrà menare una vita quieta e regolata. Quando l'orina è alcalina, o quando lascia un abbondante deposito colore mattone, gioveranno i composti di potassa e di soda cogli acidi vegetali. Tompson in questi casi raccomanda l'acido benzoico.

Nei casi gravi, specialmente quando il paziente soffrì già una o più volte di ritenzione di orina, sarà bene confinarlo in casa, meglio a letto per una o due settimane prima di cominciare la cura diretta; questa misura torna necessaria quando si è deciso di ricorrere all'incisione interna od esterna, od alla dilatazione rapida.

Può forse giovare anche l'ioduro di potassio, che dato alla trentesima divisione, può, secondo alcuni omeopatici, guarire ogni caso di stringimento (!); ma per quanto io mi sappia, la Materia Medica non ci indica alcuna sostanza che possa determinare l'assorbimento del deposito avventizio dei restringimenti uretrali. [1]

Non c'è forse altra classe di affezioni che abbia tanto stimolata l'ingenuità dei chirurghi per scoprire qualche metodo spedito ed efficace di cura, quanto quello degli stringimenti; ci vorrebbe un bel volume per dire tutti i varj processi che furono proposti a questo scopo! Però i limiti di questo capitolo mi costringono a quanto è puramente pratica, lasciandomi campo ad occuparmi di quei metodi solo che subirono la prova del tempo, e che sono generalmente adottati dai migliori chirurghi d'oggi; ma non farò che accennare appena quei metodi che, quantunque portati a cielo per qualche tempo, caddero poi dopo in dimenticanza.

[1] Più tardi seppi che il Dr. Thielman curò felicemente ventisette casi di stringimento coll'ioduro di potassio alla dose di 13 centigrammi tre volte al giorno. New Jersey Medical and Surgical Reporter, gennajo 1848. Questo fattto ha bisogno di venir confermato.

Dilatazione. — Fin dai primi periodi della storia della chirurgia, la dilatazione ebbe, come ha ora, il primo posto nella serie dei mezzi che si proposero per la cura degli stringimenti. Anche senza l'ajuto d'altri mezzi, la dilatazione può vincere la maggior parte dei rostringimenti uretrali; e quando s' impiegano altri metodi si ricorre poi infine ancora alla dilatazione, quale mezzo di completamento e per assicurare la permanenza della guarigione. Onde la dilatazione la si può ritenere elemento essenziale d'ogni cura; e quanta maggior importanza vi dà il chirurgo, tanto più soddisfacenti saranno i risultati pratici. La ragione di tale preminenza è questa, che la dilatazione toglie meglio d'ogni altro metodo il materiale fibro-plastico che costituisce lo stringimento. Questo modo d' azione fu spiegato assai diversamente; l' opinione però ora generalmente adottata, e che si ritiene senza dubbio la più corretta è, che per quanto produca buoni e durevoli risultati, la dilatazione agisce promovendo l'assorbimento. La presenza d'una candeletta nello stringimento ne dilata meccanicamente le pareti, ma tolto l'instrumento, tosto o tardi il materiale plastico si torna a contrarre; tutti i fenomeni che accompagnano la dilatazione dimostrano ch'esso fa ancor di più, e che, a guisa della pressione sui tumori esterni, ha la facoltà di determinare l'assorbimento dei prodotti infiammatorj. V'ha ragione a credere che usando il metodo della dilatazione nei primi periodi dello stringimento, si possano ancora togliere del tutto gli elementi che costituiscono lo stringimento prima ch' essi si siano solidamente organizzati; più tardi non se ne può dissipare che una parte, od è appunto in questi casi che dobbiamo accontentarci di palliare il danno col dilataro meccanicamente il canale di tempo in tempo, o coll'incidere il restringimento quando esso non cede alla meccanica, e poscia distendere il deposito fibrinoso recente che si forma frammezzo ai margini della ferita.

La scelta dell' instrumento da impiegarsi nella dilatazione, se un catetere, una sonda, o una candeletta, è argomento di non poca importanza, se s'ha a giudicare dalla diversità di preferenza dei varj chirurghi, quantunque ci si veda una certa tendenza a preferire un instrumento metallico. Ciascun chirurgo adopererà con migliore successo quell'instrumento cui egli è maggiormente assuefatto; vi hanno però certi casi nei quali un instrumento possiede certi vantaggi su un

altro. Così la sostanza resistente degl'instrumenti metallici li fa preferire nei casi di stringimenti induriti cui potrebboro cedere le sostanze molli di candeletto pieghevoli; inoltre l'inflessibilità del metallo fa sì che l'instrumento sia meglio guidato dall'operatore che lo pnò dirigere con precisione dove meglio conviene; questi sono senza dnbbio da preferirsi in tutti i casi complicati da false strade. Hanno però questo svantaggio, di essere facilmente dannosi alle pareti uretrali qnando sono adoperati da mani meno esperte; più inspirano non poca ripugnanza nei pazienti timidi; non si adattano alle curve del canale, ondo l'introduzione loro è alqnanto più incomoda di quella delle candelette flessibili. Però, con un certo possesso dell'anatomia della parto, colla pazienza, colla dolcezza della mano, necessarj nel fare il cateterismo, non v'ha alcun danno inerente all'uso di tali strumenti; certo che le candelette flessibili sono assai più sicure nello mani di chi non possiede queste prerogative.

Specialmente nel primo esame d'un caso, non c'è strnmento che valga meglio del catetere d'argento comnne; il fluire dell'orina dal tubo ci assicura d'essere entrati in vescica; e la pnnta smussa dell'instrumento, ci indica esattamento la situazione d'ogni stringimento. Le sonde o i cateteri adoperati allo scopo di dilatare, devono essere leggiermente conici all'ostremità, poichè questa forma corrisponde all'apertura dalla maggiore parte degli stringimenti e facilita l'introduziono dello strumento. Quando il canale fu esplorato una volta, quando si è potuto determinare la posizione, il carattere dello stringimento, io soglio adoperare le candelette colla punta ad oliva; la loro estremità bulbosa previene ogni ostacolo da parte delle lacnne membranose, e la forma conica dell'asta ha il vantaggio di presentarci le dimensioni di varie candelette in una sola, senza la necessità quindi di ripetere l'introduzione di strumenti. In qnalche raro caso di stringimenti tortuosi e contratti è impossibile l'introduzione d'ogni altro strumento e bisogna adoperaro una candeletta filiforme, preferibilmento di osso di balena o di gomma elastica.

Nella dilatazione si segue lo stesso metodo che nolla cateterizzaziono. Se il primo instrumento provato non passa, se ne prende un altro più piccolo; le dimensioni della corrente dell'orina ci indicheranno a un di presso il volumo attuale da scegliersi nell'instrumento. I tentativi per penetrare il canale ristretto devono essere

fatti colla massima dolcezza, evitando specialmente ogni qualunque repentina spinta all'instrumento; non si deve far uso di maggior forza se non quando si sente che la punta è *portata*, il che indica che l'instrumento si è già impegnato nello stringimento, ed anche allora la pressione dev' essere continua, aumentata a poco a poco, e sempre moderata.

Le false strade stanno per lo più all'imbasso o ai lati dell'uretra; onde se c'è sospetto di incontrarne qualcuna, si guida la punta del catetere lungo la superficie superiore, ma sempre con dolcezza. Succede spesso che l' orifizio dello stringimento sia eccentrico, o superiormente o all'imbasso, e ad uno dei lati del canale; onde se non si riuscì coi tentativi antecedenti, bisogna variare la direzione dell'instrumento; oppure se si adopera una candeletta la si fa girare sul proprio asse, nel tempo istesso che la si spinge dolcemente all'innanzi. Qualche volta, specialmente negli stringimenti dell'uretra spongiosa o bulbosa, bisogna ajutarsi coll'esercitare una certa pressione esternamente e al disotto della sede dell'ostacolo, valendosi della mano libera. Nei casi di somma difficoltà, Thompson, [1] consiglia di injettare nell'uretra dell'olio di oliva, mantenendovelo, intanto che si introduce un'instrumento sottile, colla compressione intorno al meato; egli dice che così, non solo si ha lubricato lo stringimento, ma vien anche ad essere alquanto dilatato dalla pressione meccanica del fluido; dice che questo metodo gli riuscì assai bene.

Il tempo durante il quale si deve lasciare dentro l'instrumento, lo si misura dalla sensibilità del canale; io però credo che qui si debba fare una distinzione; altro è la sensibilità dipendente da infiammazione, altro è la sensibilità specialmente nervosa; la prima non può che peggiorare pel contatto prolungato di un corpo straniero, la seconda invece diminuisce; come la fotofobia migliora certe volte coll'abituare l'occhio a poco a poco all'impressione della luce, così non c'è miglior rimedio per l'irritabilità nervosa dell'uretra quanto la temporaria introduzione e ritenzione di un catetere; il chirurgo ponendo attenzione alle circostanze del caso, saprà applicare praticamente questi principj. In via generale, per una prima seduta

[1] Op. cit., pag. 179.

bastano cinque minuti; nelle susseguenti visite si può estendere questa misura di tempo a mezz'ora, a un'ora.

I fenomeni che tengon dietro al passaggio di un instrumento attraverso uno stringimento, furono assai bene studiati da Thompson; sono fenomeni assai interessanti ed instruttivi. La prima volta che si orina dopo l'operazione, la corrente dell'orina ha un calibro maggiore; diminuisce in poche ore fino a diventare anche più piccola di prima; alla fine, dopo uno o due giorni, è stabilmente maggiore. Thompson attribuisce il primo effetto citato alla dilatazione meccanica; il secondo alla congestione e allo spasmo conseguenti; il terzo al cessare dello spasmo e alla diminuzione di una parte del deposito organico, per via del riassorbimento. Le osservazioni pratiche che si possono dedurre, sono queste: che l'instrumento non si deve introdurre con tanta forza, nè lasciarvelo per tanto tempo da eccitare una vera azione infiammatoria; e che il cateterismo non si deve ripetere fino a che non sia completamente cessata l'irritazione prodotta dalle operazioni antecedenti. [1]

Fra una cateterizzazione e l'altra, basta per lo più lo spazio di tre a cinque giorni. Alla seconda visita si introduce prima per breve momento l'instrumento che servì l'altra volta, poi lo si ritira e se ne fa passare un altro alquanto più grosso. Negli stringimenti assai irritabili è spesso necessario il procedere ancor più lentamente di quanto lo permette la scala ordinaria da cateteri; ossia valendosi anche di instrumenti di volume medio fra i numeri della scala, i quali strumenti si trovano più spesso negli assortimenti di candelette. Per questa ragione la scala francese che è divisa in terzi di millimetri, è migliore della scala inglese.

Avanzando così gradatamente, si può dilatare il passaggio fino a un calibro corrispondente a quello del meato esterno; quantunque questo grado di dilatazione sia per lo più sufficiente, pure qualche volta conviene andar oltre e ritornare al diametro originale la parte d'uretra ristretta, il che non si può fare che previa l'incisione del meato resistente. Questa indicazione occorre specialmente negli stringimenti accompagnati da frequenti ritenzioni e che rapidamente si riproducono dopo cessata la cura; poichè si

[1] THOMPSON, op. cit., pag. 210.

trovò cho la dilatazione cogli strumonti portati in qualche caso fino al N.° 15 o 16, rende la cura più e più stabile. In nessun caso non si deve sospendere il catcterismo appena che lo stringimonto sia stato dilatato fino alle dimensioni richieste, di qualunque sorta esse sieno; bensì si introdurranno ancora a quando a quando gli instrumenti allargando il tempo; per esempio, una settimana pel primo periodo, quindici giorni per un secondo e così via, fino a lasciar trascorrere anche qualche mese.

Quando si incontrano degli stringimenti che riescono impermeabili una prima volta o che resistono anche dopo ripetuti tentativi, è meglio il differire gli sforzi ulteriori alla visita susseguente. Si osservò che quei chirurghi i quali, como il Dr. Phillips, acquistarono riputazione nel riuscire vincitori di stringimenti che sembravano insorpassabili, arrivano a ciò col ripetere i tentativi como anche colla perseveranza e colla abilità. Nei casi di stringimento insorpassabile specialmente se vi si accompagna molta sensibilità e la contrazione spasmodica dell' uretra, gioverà assai il sottoporre il paziente all'influenza di un anestetico; però non si deve abusare dello stato di insensibilità, impiegando maggior forza di quanto convenga nelle altre circostanze. Qualche volta, riuscito vano il tentativo per insinuare l'instrumento entro il passaggio, si riesce colla pressione contro lo stringimento, continuata per dieci a quindici minuti e, se è necessario, ripetuta; bisogna però aver cura che la punta dell'instrumento sia realmente diretta contro la contrazione e non contro le pareti uretrali lì intorno. Raro è il numero di quegli stringimenti, cui il chirurgo non possa vincere alla fine col processo di dilatazione, tranne in quei casi nei quali la ritenzione di orina richiede la evacuaziono immediata della vescica, oppure quando non si ha l'opportunità di ripetore e persoveraro col cateterismo.

I successi eminenti del Dr. Phillips nel compiere il catoterismo nei casi difficili di stringimento, ci scuseranno queste poche parole quanto al suo modo di procedere. Questo chirurgo crede, como Leroy d'Etiolles, che la maggior difficoltà stia nella posizione eccentrica dell'orifizio, onde il vantaggio di adoperare delle candelette fatte a spirale. Le candeletto di gomma elastica però non corrispondono, poichè presto si rammolliscono in conseguenza del calore e dell'umido del canale, perdono la forma, si piegano

e presentano troppo poca resistenza a sorpassar la contrazione muscolare. Le candelette d'osso di balena non hanno questi inconvenienti, e inoltre mantengono la spirale per un certo tempo dopo l'introduzione. Ritenendo che la difficoltà nell'introdurre una candeletta filiforme aumenta quando il paziente è sdrajato, il Dr. Phillips pone sempre il suo malato in piedi e contro al muro, introduce quindi una candeletta fino a ridosso dello stringimento girandola dolcemente sul proprio asse, senza smuoverla di quà o di là, fino a che la punta è entrata nel passaggio. Il deliquio parziale che spesso tien dietro, ei lo ritiene favorevolissimo nel caso, perchè rilascia la contrazione muscolare; se non occorre spontaneo lo si favorisce coll'amministrazione di piccole e ripetute dosi di emetico; così si supplisce all'anestesia che non è ammissibile a motivo della posizione eretta del paziente.

Dilatazione continua. — Un modo assai più spedito di dilatare lo stringimento, è il metodo conosciuto col nome di dilatazione continua; in questo processo il catetere vien tenuto dentro per molto tempo, generalmente per parecchi giorni di seguito. Nel decorso di ventiquattro o quarantotto ore si manifesta una secrezione purulenta, che procede dalla membrana mucosa abrasa od ulcerata alla sede dello stringimento; il passaggio viene così rapidamente dilatato.

Questo metodo è impiegato da alcuni chirurghi in tutti i casi di stringimento passabile; però non è da consigliarsi, giacchè è meno efficace della dilatazione graduata, nel rimuovere il materiale organizzato che costituisce l'ostacolo; più facilmente si accompagna a sintomi ostinati; ed è seguito da una tendenza assai spiegata, al riprodursi della contrazione. Quantunque però la dilatazione continua debba essere rigettata quale metodo esclusivo di cura, è nondimeno giovevolissima in certe circostanze, come risorsa temporanea e come mezzo preparativo all'uso intermittente degli instrumenti. Essa è indicata: 1° quando il tempo è preziosissimo; per esempio trattandosi di persone che abitano da lontano o con uomini di mare, ai quali si deve fare molto in pochi giorni, affidando a loro il trattamento posteriore, istruendoli sul modo di passare un instrumento da loro medesimi; 2° quando, negli stringimenti assai stretti o in quelli complicati da false strade, si trovò molta

difficoltà nell'introdurre il catetere, e si hanno timori di non poterlo più inserire ancora, una volta estratto, e 3° quando è impossibile il ripetere il cateterismo fuorchè a larghi intervalli, o per l'estrema irritabilità dell'uretra, o per i brividi che tengono dietro ad ogni applicazione. Questi ultimi accompagnano spesso la prossima prima volta che si orina, e pare dipendano dal contatto dell'orina colla membrana mucosa abrasa.

In ciascuno dei casi suddetti, quando si possa introdurre un catetere nello stringimento, lo si lascia in posto assicurandolo con un nastro che, passato negli occhi che stanno all'impugnatura dell'instrumento, si annoda davanti e di dietro a una fascia girata intorna al ventre; bisogna aver cura che la punta non protruda in vescica fino a toccare ed offendere le pareti vescicali; l'orifizio esterno deve comunicare con un serbatojo per l'orina, o lo si chiude con un turacciolo che possa togliersi ogniqualvolta si voglia orinare; il paziente deve stare a letto. Spesso compajono in poche ore e dolori vivi ed altri sintomi spiacevoli; ma, a meno che non siano gravi, non si deve togliere fuori il catetere, onde non deludere l' aspettativa della cura. Si sostengano le forze con una dieta nutriente, se fa bisogno cogli stimolanti; si ripara al dolore cogli opiati internamente, o meglio dati in suppositorj; si rimedia ai brividi colle applicazioni calde alla superficie, e coll' opio internamente. Gli accessi di freddo, dopo che il catetere è rimesso dentro per qualche ora, o la presenza di sangue copioso nell'orina, sono indicazioni per dover togliere fuori l'instrumento o sospendere la cura per qualche giorno. [1]

Nella maggior parte dei casi si lascia dentro il catetere per ventiquattro o quarantotto ore e non più; diversamente si incrosta di deposito calcoloso, o si determina l'ulcerazione delle pareti uretrali; si lascia in riposo il paziente per uno o due giorni, poi si introduce un altro catetere. Dopo alcune di queste applicazioni, l'uretra è generalmente abbastanza dilatata da potervi introdurre il numero 8 a 10 senza difficoltà, ma la cura non deve fermarsi quì; resta ancora una gran tendenza alla contrazione, la quale bisogna vincere colla cateterizzazione ripetuta di frequente, in

[1] Thompson, op. cit., pag. 193.

principio ogni giorno od ogni due giorni, poi a frattempi più larghi, come nella dilatazione graduata; con solo questo metodo si può sperare di mantenere il tanto guadagnato, fino a determinare la scomparsa della sostanza contrattile che è causa di recidiva.

Dilatazione rapida. — La dilatazione continua ora descritta, è pur essa in certo qual modo rapida, ma raggiunge lo scopo indirettamente, mentre i metodi che ora considereremo brevemente, mirano in via diretta alla rapida dilatazione del passaggio. Faccio notare fin d'ora che questi metodi non vengono raccomandati quali da adottarsi generalmente, anzi il breve spazio concesso a questo argomento non ci avrebbe strettamente permesso di parlarne, se non ci fossero alcuni casi eccezionali nei quali pare che riescano giovevoli. Anche nella dilatazione graduata quando il chirurgo tenta di avanzare troppo speditamente, ne seguono spesso tali dolori e tale irritazione che bisogna sospendere per qualche giorno l'uso degli strumenti; non c'è altra classe di malattie alla cura delle quali meglio convenga il motto *festina lente.* Oltre agli argomenti a favore della dilatazione dolce e graduata, tratti dalla patologia degli stringimenti, non s'ha a dimenticare che la fretta e la violenza inducono di necessità l'infiammazione, certamente seguita da deposito plastico addizionale e da aumento di restringimento. Qualunque sorta di mezzi violenti, quantunque giustificabili in qualche raro caso per rimediare a certi sintomi urgenti, pure applicati alla cura del solo stringimento, ripugnano alla scienza e non meritano il molto bene che ne fu detto.

La dilatazione rapida, si può effettuare mediante sonde e candelette coniche; si introduce nello stringimento l'estremità minore della sonda e la si fa avanzare con una pressione dolce ma continuata fino a che si è introdotta anche l'asta, di un volume parecchie volte più grosso della punta; l'instrumento ve lo si lascia per qualche ora, poi se ne sostituisce uno più grosso. Si può ricorrere qualche volta a questo metodo quando urge il tempo; ma non s'ha però a dimenticare che esso è facilmente offensivo; e si abbia quindi la massima cautela.

Molti degli strumenti inventati per la dilatazione rapida sono costrutti sul comune principio di una serie di tubi di diametro di-

verso, che scorrono uno sull'altro. L'instrumento del signor Tommaso Wakley è costituito da un catetere d'argento del N.° 1 che serve di guida; lo s'introduce nella vescica e su di esso si fanno passare successivamente degli altri tubi; ottenuto in ciascuna seduta il grado prefisso di dilatazione, si introduce un catetere flessibile in luogo del grosso tubo di argento usato fin da principio, il quale viene estratto, lasciando dentro il nuovo catetere fino alla prossima visita. La valida testimonianza del signor Wakley in favore di questo metodo, ce lo fa credere degno di venire impiegato in qualche caso.

Nell'instrumento inventato dal dottor Buchanan di Glascow, i tubi scorrevoli e il conduttore sono riuniti in un catetere composto (fig. 18); lo si introduce fin dove giunge lo stringimento, poi si spinge innanzi la guida attraverso le contrazioni, unitamente a quel numero di tubi che in complesso abbiano a rappresentare il desiderato grado di dilatazione. Thompson dice che in questi ultimi anni questo instrumento fu rivendicato in Londra come di nuova invenzione, e così fu pure quì da noi.

Fig. 18.

Il sig. Maisonneuve inventò un metodo ingegnoso di cura ch'egli chiama *cathétérisme à la suite.* Egli adopera come per farsi strada, una candeletta sottile e flessibile che può sorpassare gli stringimenti più lunghi e tortuosi; si fa passare questa candeletta, poi alla sua estremità esterna si unisce a vite un' instrumento qualunque si voglia pel caso, ed esso pure lo si fa passare attraverso lo stringimento guidato dalla candeletta; la flessibilità di questa ultima fa sì che essa si raccolga facilmente nella vescica mano mano che lascia il posto all'instrumento che vien dietro. Se per esempio si desidera estrarre l'orina, all'estremità del conduttore si unisce a vite una candeletta cava con un occhio ad un lato dell'estremità vescicale e la si fa entrare nella vescica; così pure si ponno introdurre delle candelette più grosse, o un uretrotomo allo scopo di dilatare o di inci-

dere internamente.[1] La guida la si lascia nell' uretra da una visita all'altra, così non c' è la necessità di ripetere l' introduzione. Quantunque questo metodo sia tanto bello in teoria, non corrispose però pienamente in pratica. Può forse giovare, specialmente in quei casi di stringimenti assai stretti, complicati da ritenzione, quando riesce impossibile l'introdurre altri strumenti fuorchè una candeletta filiforme flessibile, troppo piccola per dar passaggio all'orina; e quando si è lì per ricorrere alla puntura della vescica.

Fig. 19.

A. Candeletta filiforme.
B. Catetere flessibile con un'apertura da un lato e unito a vite alla candeletta.

Espansione. — Si tentò l' espansione degli stringimenti:

1. Con instrumenti fatti con sostanze porose, le quali venissero a dilatarsi coll'umidore delle pareti uretrali. I francesi, provarono a questo scopo le candelette di avorio flessibile, od avorio privato della parte calcarea coll'immergerlo in qualche acido debole; il Dr. Guglielmo A. McDowell,[2] tentò le candelette di legno d'olmo come pure il profess. N. Smith di Baltimora; il Dr. Alquié [3] di Montpellier, e il Dr. Batchelder [4] di questa città, quelle di spugna compressa. Questi tentativi, per quanto io sappia, non ebbero felici risultati; Ricord provò egli pure le candelette di avorio flessibile; e una volta la porzione d'instrumento introdotta al di là dello stringimento si dilatò a tal segno, che fu quasi impossibile l' estrarlo, e si era lì lì per fare l'incisione esterna.

[1] Il Dr. Physick di Filadelfia, fin dal 1796 adoperò un catetere colla punta armata di una candeletta, allo scopo di rimediare alla ritenzione d'orina. Il catetere a punta-specillo di Thompson è una modificazione di questo instrumento.

[2] Gross, op. cit., pag. 778.

[3] Gazette des Hòpitaux, 24 giugno 1854.

[4] New York Journal of Medicine, 1859.

2. Mediante sacchetti di seta oliata, o di membrana da battiloro od altre sostanze impermeabili, che si introducono nello stringimento col mezzo di uno stiletto, poi si dilatano con aria o con qualche fluido; come proposero Ducamp, e il Dr. Giacomo Arnott.[1]

3. Mediante varj instrumenti a fusto dilatabile.

L'uso di tutti questi motodi si limitò, si può dire, ai loro inventori, e non si possono consigliaro come preferibili o almeno eguali agli altri modi di dilatazione.

Rottura. — Ancor meno si può dire a favore della rottura forzata degli stringimenti, che si fa con instrumenti a fusto dilatabile; Thompson però, parlando di sei casi operati con questo metodo nella pratica del sigr. Holt, dice cho questo processo violento, produsse conseguonzo meno spiacevoli di quanto si sarebbe potuto aspettare *a priori*; non dice dell'offetto ultimo sullo stringimento.

Caustici. — I caustici, ora portati a cielo quali mezzi i più efficaci nella cura degli stringimenti, ora condannati come inutili e dannosissimi, finirono col restare in un posto favorevole presso l'estimazione dei chirurghi in generale, non quali mozzo esclusivo di pratica, ma quali sussidio, quali aggiunte alla dilatazione. C'è da osservare che questi due motodi sono inseparabili, anche quando non vengano appositamente combinati come succede quasi sempre; poichè gli instrumenti impiegati nell'applicazione dei caustici necessariamente distendono il canalo como lo candelette o le sonde. In ogni caso curato con succosso con questi rimedj, è alquanto difficile il determinare quanta parte di merito si debba ai caustici e quanta alla dilatazione. Chi però li provò su larga scala se no formò un'opinione favorevole; e possiamo accoglierla, in quantocho è fondata sulla testimonianza dei più caldi sostenitori di questo modo di cura, i sig. Whately e Wade non solo, ma anche su quella di Smith e di Thompson; aggiungo quella di molti chirurghi di questa città, nel cui giudizio io confido pienamonto; e por conto mio, anche la mia esperienza.

[1] Stricture of the Urethra, London, 1819.

È però necessario il definire esattamente il valore che si può dare ai caustici come mezzo di cura negli stringimenti uretrali; a ciò si può giungere colle seguenti norme:

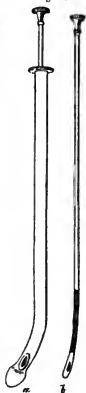
1. Non si devono adoperare quali escarotici allo scopo di distruggere il materiale plastico che costituisce lo stringimento; onde s'hanno a scegliere i caustici più deboli, o adoperando i potenti si usino in piccolo quantità.

2. Sono specialmente indicati nei casi di stringimento irritabile; essi allora diminuiscono lo spasmo e l'irritabilità, e permettono di poter fare la dilatazione;

3. Nei casi nei quali ci sia molta disposizione all'emorragia, perchè diminuiscono la vascolarità della parte, e

4. In qualche caso di restringimento coriaceo e fibroso, nei quali pare ajutino la dilatazione coll'eccitare l'assorbimento.

I caustici principalmente impiegati nella cura degli stringimenti, sono il nitrato di argento e la potassa caustica; la mia esperienza verte specialmente sul primo di questi due. Il modo d'applicazione è semplicissimo. Si adopera una candeletta di cera alla cui estremità si fa una depressione, destinata a contenere un piccolo frammento di nitrato d'argento solido, comprimendovi intorno la cera circostante onde il nitrato sia assicurato in posto; si unge l'instrumento, lo si introduce rapidamente fino alla faccia anteriore dello stringimento, e se è possibile lo si manda dentro tenendovelo per uno o due minuti, poi lo si tira fuori. Entro tre o quattro giorni, si osserva nell'orina un coagulo di muco ed epitelio, il dolore è diminuito, e nel prossimo tentativo di dilatazione, che non si deve mai tralasciare, si trova che la sensibilità del canale è diminuita d'assai. Se il passaggio ha dimensioni sufficienti, si può applicare il caustico internamente allo stringimento, mediante il porta-caustico di Lallemand, o meglio

Fig. 20.

Instrumento di Leroy d'Etiolles per la cauterizzazione laterale retrograda.

ancora, coll'instrumento immaginato da Leroy d'Etiolles che non ha gl'inconvenienti dell'altro, quello cioè di venir trattenuto forzatamente dall'azione spasmodica eccitata dall'applicazione stessa.

Whately [1] fu il primo a usare la potassa fusa nella cura degli stringimenti uretrali; egli la impiegava a dosi piccolissime non eccedenti un dodicesimo di grano in peso, e del volume non maggiore d'una testa di spillo e solo nel caso che si potesse introdurre in vescica una candeletta maggiore almeno della più sottile; la ritenzione cagionata dal trattamento, la si rimedia coll'introdurre un catetere. Wade [2] proclamò un più largo uso della potassa fusa negli stringimenti permeabili ed impermeabili; le sue opinioni, fondate su un'esperienza di trent'anni e sostenuta dai particolari di un gran numero di casi felici, rendono questo caustico meritevole di essere sperimentato su scala più ampia di quello cho sia stato fatto; quantunque citato qualche volta con approvazione da alcuni scrittori, e fra gli altri dal Dr. Gross [3], pure non incontrò il favore generale, e lo si ritenne troppo potente e poco sicuro. Wade crede che usato coi dovuti riguardi, sia senza pericolo come il nitrato d'argento, non solo, ma gli attribuisce facoltà ancor maggiore; ei lo trova specialmente indicato negli stringimenti irritabili e resistenti, i quali da qualche anno addietro furono curati coll'incisione; dice inoltre che è destinato a tener luogo dell'uretrotomia od a limitarla a pochi casi affatto eccezionali.

Ecco cosa egli ne dice nella sua opera:

— La potassa caustica può essere vantaggiosamente applicata negli stringimenti con due scopi: l'uno per diminuire l'irritazione, l'altro per distruggere il tessuto inspessito che costituisce l'ostruzione. Adoperato nella minima quantità usata da Whately, io ritengo che la sua azione si limiti a calmare l'irritazione; così pure misto al lardo e all'olio, combinato col muco dell'uretra, appena può avere un effetto maggiore di quello di una debole soluzione caustica, la quale probabilmente determina una migliore condizione della membrana che tappezza lo stringimento. Prima di adoperare la potassa, si introduce una candeletta fino allo stringimento, onde

[1] An improved method of Treating Strictures in the Urethra, London, 1804.

[2] Strictures of the Urethra, 4.th. ed. London, 1860.

[3] Op. cit., pag. 788.

determinarne la distanza dall'orifizio dell'uretra. Si comincia coll'assicurare alla punta di una candeletta malleabile un piccolo pezzo di caustico della grossezza di una testa di spillo comune; al momento di applicare il caustico alla candoletta, lo si rompe e se ne sceglie la parte interna oscura, rigettando la parte corticale generalmente meno efficace, perchè convertita in una crosta biancastra di carbonato di potassa. La candeletta così armata si segna in due punti, uno dove corrisponde l'esatta distanza dello stringimento, l'altro a qualche centimetro più in là; così se ne misura esattamente il progresso mano mano che l'instrumento penetra nel restringimento. La sostanza della candeletta la si adatta col dito intorno al frammento di potassa onde questa sia mantenuta in posto sicuramento; ma per assicurare l'azione del caustico, invece di tenerlo infossato nei margini più sporgenti, come consiglia Whately, deve sporgere alquanto dagli orli dell'infossatura, onde essere sicuri che questo caustico agisca sullo stringimento. Si unge la candeletta prima di introdurla, spalmando di grasso la superficie del caustico ond'esso non abbia ad agire prima di arrivare allo stringimento; introdottala, la si preme dolcemente per un minuto o due contro lo stringimento, se è impermeabile, poi la si estrae. Quando si applica il caustico a stringimenti permeabili, si fa passare la candeletta tre o quattro volte sulla superficie dell'ostruzione; bisogna usare maggior cautela quando lo si applica a stringimenti impermeabili che non quando lo si adopera per quelli permeabili, perchè succedendo la ritenzione d'orina è assai più facilmente rimediabile nei secondi che nei primi. Accade per lo più che dopo uno o due applicazioni del caustico, la candeletta entri nell'ostruzione. Prima di applicare la potassa fusa a stringimenti impermeabili, bisogna avere ogni precauzione per prevenire l'irritazione; se si può, si faccia l'applicazione quando il paziente va a letto, facendolo orinare un momento prima; e se è individuo che fu soggetto ad algori ed a ritenzione, sarà bene l'amministrare un oppiato per injezione, un'ora prima dell'operazione.

Pare a me, che il merito principale che ha questo caustico sul nitrato d'argento, sia il maggior effetto solvente nel togliere gli stringimenti duri, e ciò con tutta sicurezza ed anche con minor dolore. La potassa fusa, adoperata a distruggere uno stringimento, invece di produrre un'escara solida, pare eserciti i suoi effetti

salutari mediante un processo di rammollimento infiammatorio e di dissoluzione del tessuto inspessito che forma l'ostruzione.

Quanto al ripetere l'applicazione della potassa fusa, ciò dipende dagli effetti che se ne hanno e dalle circostanze del caso nel quale la si adopera. In molti stringimenti di antica data, io l'usai con vantaggio ogni secondo o terzo giorno; e in qualche raro caso, in circostanze speciali, anche più di frequente. Quando uno stringimento curato coll'applicazione della potassa fusa si è ridotto a segno da lasciar passare una candeletta di media grossezza, sarà bene cessare dall'uso del caustico, a meno che non si incontrino difficoltà nella susseguente dilatazione: allora si troverà spesso necessario di ricorrere a qualche altra applicazione del caustico. —

Incisioni. — Fu detto che quando un instrumento qualunque può passare per uno stringimento, basta la dilatazione, e che non è mai necessario il ricorrere ad instrumenti taglienti; quantunque questa norma la si possa applicare alla maggior parte dei restringimenti uretrali, non è però sempre vera; si incontrano certe volte degli stringimenti così resistenti, che la dilatazione ha pochissimo effetto; oppure così irritabili, che il cateterismo non si può tentare che a larghi intervalli di tempo; o così poco stabili che si riproducono costantemente.

I casi che presentano questi tratti caratteristici, costituiscono una classe di stringimenti, nei quali si deve spesso ricorrere all'uretrotomia; un'altra classe comprende certi stringimenti insorpassabili, e quelli complicati da false strade.

Or si domanda: In qual modo le incisioni possono dare un effetto stabilmente buono nei casi di stringimento? L'uretrotomia non toglie alcun che del deposito avventizio; i labbri della ferita ponno accidentalmente riunirsi, e si ritorna alla condizione primiera; come aspettarsi dell'uretrotomia miglior benefizio, che dalla semplice incisione delle strisce di tessuto cicatriziale postumo alle bruciature, le quali si sa non sono guaribili con questo solo processo? Il paragone è buono, e può servire a dimostrarci fin dove si estendono gli effetti dell'uretrotomia. È un fatto che, non ajutata da altri mezzi, essa non aggiunge nulla in fine, al calibro del passaggio, e non ci dà una guarigione stabile; ma col dare libero esito al-

l'orina fintanto che dura l' incisione, si ottiene un periodo di riposo per le parti; la vescica riacquista il suo tono; diminuiscono e la congestione e lo spasmo; diminuisce la vascolarità della parte ed ha luogo lo spontaneo assorbimento di una parte del deposito più recente; così, si ottiene un grande sollievo quantunque momentaneo, e ci si presenta l'opportunità di poter fare di più. Allora si può praticare la dilatazione instrumentale in condizioni assai più favorevoli; stimolando così l'assorbimento, viene ad essere tolta molta parte della sostanza avventizia dello stringimento, o quando questa è troppo solidamente organizzata per dar luogo alla risoluzione, il deposito fibrinoso recente, quì come in altre parte del corpo si dispone frammezzo ai margini delle incisioni non riuniti per prima intenzione, e così lo si può dilatare più facilmente mediante i soliti strumenti; in tal modo si coglie la malattia alla sprovvista per così dire, e se ne ha un vantaggio relativo. Quì l'uretrotomia la si ritiene come un precursore della dilatazione, poichè quest'ultima è essenziale onde ottenere uno stabile risultato. Quantunque si sia detto molto di più in favore di questa operazione, io ritengo nondimeno essere tale il suo ufficio.

Le incisioni ponno essere interne o dal di dentro, ed esterne o dal di fuori; nelle prime si incide però più della sostanza dello stringimento stesso, nelle seconde si divide tutto lo spessore dei tessuti fra il canale e la superficie esterna.

Divisione interna. — Non si deve ricorrere alle incisioni interne che rare volte, quando gli stringimenti sono situati o al davanti o lungo lo scroto o, in altre parole, nella porzione retta dell'uretra; trovandosi indicata la divisione per stringimenti situati nella cura sotto pubica, si deve preferire in genere l'uretrotomia esterna, perchè più sicura e più soddisfacente nei risultati. Le principali condizioni che indicano le incisioni interne, sono la non dilatabilità, l'irritabilità e la recidiva; le quali condizioni sono più frequenti negli stringimenti dell'uretra spongiosa, più che in altre parti del canale. Sono assai pronunziate nei restringimenti del meato i quali guariscono assai raramente, se pur guariscono, curati colla dilatazione; si riscontrano anche in grado minore, in quegli stringimenti situati ad otto o dieci centimetri dall'orifizio esterno; anzi, secondo molti chirurghi moderni, l'uretrotomia interna dovrebbe limitarsi a questa porzione dell'uretra.

L'incisione interna deve limitarsi ancora a quei casi nei quali lo spessore dello stringimento possa venir diviso completamente da un taglio di moderata profondità; il pericolo dell'emorragia e dell'infiltramento di pus e di orina lungo la via delle incisioni intra-uretrali profonde è abbastanza grave; onde non si dovrà mai fare la divisione interna di una massa piuttosto densa di indurimento; conviene meglio l'uretrotomia esterna. La distanza tra la estremità della lama nascosta, aperta completamente, e l' opposta superficie dell' instrumento non dovrà quasi mai oltrepassare i 10 millimetri; questa è la projezione della lama dell'uretrotomo di Civiale; in quello di Thompson è ancor meno.

Fig. 21.

Uretrotomo di Civiale.

Furono proposti moltissimi instrumenti per le incisioni interne; alcuni destinati a tagliare dall'avanti all' indietro, mediante una lama nascosta che si fa saltar fuori, e muniti di una guida prima della lama; altri destinati a oltrepassare lo stringimento e poi estraendoli, tagliare dal di dietro all' innanzi; sono retti o curvi per adattarsi alla parte di canale dove devono agire.

Non si deve mai fare l' uretrotomia dall' avanti all' indietro senza una guida, fuor che nell' uretra spongiosa, ed anche allora solo per preparare la via all' introduzione di altri instrumenti. Nelle porzioni più profonde dell'uretra è assai pericolosa, perchè non si può determinare esattamente la direzione dell' incisione. Si ponno ferire delle parti importanti, e ne può seguire stravaso di orina. La divisione interna dall'indietro all' innanzi è sempre preferibile, perchè è più sicura, e perchè i margini della ferita sono più piani e meno frastagliati di quando sono fatti col taglio in senso contrario.

Dei molti uretrotomi inventati, quello di Civiale (fig. 21) è forse il migliore. Lo si introduce al di là dello stringimento, si fa uscir fuori la lama nascosta, e lo si ritira tagliando lo stringimento. Il bulbo terminale, nel quale è nascosta la lama, ha il diametro del catetere N.° 5, onde l'instrumento

non lo si può adoperare quando il passaggio ha un diametro più stretto; allora è indicatissimo l'uretrotomo di Thompson (fig. 22, 23), che è una modificazione di quello di Civiale, e il cui bulbo non eccede il diametro di un catetere N.º 2 1/2 o 3. [1].

Fig. 22. Uretrotomo di Thompson.
Fig. 23. Lo stesso con fuori la lama.

Il bulbo all'estremità dell'instrumento serve a determinare l'estensione dello stringimento; l'incisione deve comprendere il pavimento del canale; la si incomincia 8 o 12 millimetri al di là dello stringimento fino ad altrettanto al di quà onde essere sicuri d'averlo diviso completamente. Fatta l'operazione, si introduce fino in vescica un catetere comune, avendo cura di non impegnarne la punta nella ferita, e ve lo si lascia per ventiquattro ore, incominciando la dilatazione ad intervalli di tempo gradatamente scostati, continuando per qualche mese.

Se lo stringimento non ammette uno strumento abbastanza grosso per poter eseguire il taglio dall'indietro all'innanzi, si può introdurre il cilindretto sottile che serve di guida alla lama in molti uretrotomi, destinati ad incidere dall'avanti all'indietro. L'instrumento di Charrière ha il vantaggio di poterlo adoperare in ambedue le direzioni.

Nei rari casi di stringimento insorpassabile dell'uretra spongiosa,

[1] Del valore delle incisioni interne nella cura degli stringimenti uretrali ostinati, London Lancet, Amer. edit. gennaio 1860. Molti precetti pratici contenuti in questa nostra sezione, furono tolti da questo eccellente lavoro, cui si rimanda il lettore.

l'uretrotomia interna si compie mediante un catetere-lancetta, che consiste di una canula e di una lama che si fa sporgere all'estremità della canula. È appena necessario il dire che adoperando questo instrumento, non si deve inclinaro la punta del peno; le parti davanti o dietro lo stringimento devono mantenere una linea retta onde non s'abbiano a ferire le pareti sane dell'uretra; possibilmente prima di spinger fuori la lama*, si deve insinuare la punta dell'uretrotomo dentro l'orifizio dello stringimento.

Fig. 24. Fig. 25.

Uretrotomo di Charrière unito ad una candeletta—guida; utile quando il passaggio è molto stretto, e che può essere staccata per unirvi a vite la punta B.

Catetere-lancetta.

Gli stringimenti sitnati al meato o lì presso sono in special modo indilatabili, ed è raro che gnariscono senza l'incisione. Quando comprendono anche il meato, si dividono con un bistori curvo appuntato, difendendone la punta con un pallottolino di cera intanto che lo si introduce nel canale (fig. 26). Qnando sono situati a brove distanza dall'orifizio si può adoperare un tenotomo o il bistori nascosto di Civialo (fig. 27). Invece del catetere si introduce un cilindretto di tela oliata, rinnovandolo ogni volta che si orina. Non bisogna dimenticare che i margini della ferita in questa parte di uretra hanno molta tendenza a riunirsi ancora come prima.

La divisione degli stringimenti presso all'orifizio del canale, è seguita da una marcata tendenza al ricontrarsi; si può opporvisi, inserendo nella divisione immediatamente dopo l' operazione un tubo, per esempio un pezzo di catetere di gomma olastica o di metallo, così lungo che possa ginngere alla sede dello stringimento; lo si mantiene in posto con una fasciatura per alcuni

giorni, fino a che i margini dell'incisione siano guariti. Il paziente emette quindi l'orina dall' instrumento.

Fig. 26.

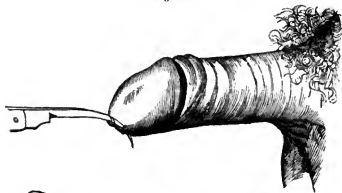



Fig. 27

SEZIONE PERINEALE.

La spaccatura esterna dello stringimento, mediante un'incisione dal perineo, fu per lungo tempo conosciuta col nome di ***boutonnière***, bottoniera, sezione perineale. Nel 1849 Giacomo Syme di Edimburgo, pubblicò un'opera [1] nella quale ei serba questa operazione solo per gli stringimenti sorpassabili, insegnando di introdurre prima un conduttore che serva di guida; egli l'adotta in un gran numero di stringimenti uretrali; numero per altro non appoggiato dalla maggioranza dei chirurghi. Da quest' epoca la sezione perineale dietro una guida, fu chiamata operazione di Syme o divi-

[1] Strictures of the Urethra, Edin. 1859, pag. 58.

siono perineale; mentre i nomi di bottoniera, di sezione perineale, e di uretrotomia esterna, furono limitati alla stessa operazione, senza però la guida. Bisogna riconoscere il merito di Syme nell'aver studiate diligentemente le diverse fasi di questa operazione, come anche nell'aver introdotti certi miglioramenti nell' atto operativo; ma non si saprebbe spiegare questa innovazione del nome; anche dubitando di quanto dice Civiale, che fin da due secoli Tolot adoperava un conduttore, è però certo che lo adoperarono molti operatori e spesso, in questo paese e fuori, prima che comparisse l'opera di Syme. Lasciando da parte la questione di priorità, la differenza tra i due metodi non è sufficiente a stabilire la proposta distinzione, che noi non ammettiamo in questo volume, come si fece da molti altri autori. [1]

La sezione perineale fu adottata in America nella prima parte di questo secolo, e durante gli ultimi quaranta o cinquant' anni, fu il metodo di cura favorito nel trattamento dei casi avanzati di stringimento, cui non si poteva rimediare altrimenti. Nei registri dei casi del New York Hospital, fatti in principio con tale parsimonia che un sol volume comprende gli anni dal 1808 al 1831, trovo ricordato un caso di questa operazione, il 30 agosto 1811 su Giacomo Waram, per la cura di uno stringimento *lungo circa tre pollici;* non c' è il nome dell' operatore, ma probabilmente fu il Dr. N. Seaman. Non vi si dice nulla d'onde si possa supporre che l'operazione fosse ritenuta o non comune o nuova allora; e secondo la testimonianza di molti dei nostri chirurghi più anziani, tra i quali citerò il venerabile Dr. Alessandro H. Stevens, questa operazione era spesso praticata prima del 1820.

Il Dr. H. G. Jameson, chirurgo al Baltimore Hospital pubblicò un bel lavoro sulla sezione perineale nell'American Medical Recorder pel 1824. [2] La sua prima operazione felicemente eseguita, fu praticata il 2 dicembre 1820; e pare ch' egli ne concepisse

[1] Riguardo alla storia dell' uretrotomia esterna, vedi un interessante articolo intitolato: Note historique et critique sur l'uréthrotomie externe ou section des rétrécissements de dehors en dedans, avant le 18e siècle, del Dr. Nerneuil negli Arch. génér. de Méd. sett. 1857.

[2] Vol. VII., pag. 251.

l'idea originale, giacchè egli ne parla come di — un'operazione che io aveva ideato da un pezzo, ma che non credeva meritevole di tentare senza qualche precedente. — Chiudendo la sua memoria dà il seguente sommario: — Ho riferiti dieci casi nei quali ho aperto l'uretra, e quindi curati i più gravi stringimenti; un altro caso era una recidiva e si ebbe mortificazione, ma il paziente guarì; in tutto undici casi felici. Tra questi, ve ne furono quattro di mortificazione dello scroto, in uno si ebbe una fistola del perineo, in due si aprì l'uretra dal pene e dal perineo. Aggiungo che non si ebbero casi sfortunati, e che da quando incominciai le mie operazioni sull'uretra, non ebbi a perdere nemmeno un paziente. — Il Dr. Jameson opina che in tutti i casi di ritenzione d'orina si dovrebbe ricorrere alla sezione perineale invece della puntura della vescica. Il Dr. Edward Hartshorne che scrisse nel 1855, parla della sezione perineale come di una — operazione da lungo tempo comune in Filadelfia. — [1]

Dopo Nuova York non c'è forse altro sito d'America dove ci sia stata maggiore opportunità di studiare la sezione perineale e i suoi risultati; si può dire che negli ultimi quaranta o cinquant'anni questa operazione fosse identificata col City Hospital di Nuova York e coi chirurghi addettivi; è questo un fatto conosciutissimo e attestato dai medici più anziani dei dintorni; è un male che questo campo d'osservazione non sia stato più fecondo alla scienza, come lo sarebbe stato se si fossero pubblicate le relazioni di quanto operarono uomini tanto rispettabili! Da questa trascuranza vanno onorevolmente esclusi il Dr. Lente, chirurgo al West Point Foundry, già chirurgo interno del New York Hospital, il quale pubblicò uno scritto nelle Transactions dell' Associazione medica americana, [2] intitolato: Statistiche chirurgiche del New York Hospital; e un altro articolo: Sulla sezione perineale negli stringimenti dell'uretra, nel giornale di medicina di Nuova York. [3] Il Dr. Lente dà una tavola di ventisette casi di sezione perineale; la maggior parte dei quali durante i suoi tre anni di residenza quale chirurgo

[1] Thompson, rivista sugli stringimenti. Am. journ. of Med. Sc. luglio 1855.
[2] Vol. IV. 1851.
[3] Marzo, 1855.

interno all'ospedale; di questi ventisette, ne morirono tre, sei migliorarono, dieciotto guarirono. In quasi tutti, per non dire in tutti, si ricorse all'operazione come all'unico mezzo di guarigiono essendo riuscito vano ogni altro tentativo; o in qualche caso si operò non tanto per migliorare la vita travagliata del paziente, quanto per salvarla.

L'indicazione della sezione perineale parte dai seguenti principj: —

1. Non la si deve ritenere applicabile alla massima parte dei casi di stringimento uretrale, bensì alla minor parte, quando riuscirono vani i mezzi meno energici.

2. Non la si deve praticare in organismi indeboliti, nè quando siano ammalati i reni, a meno che in tali circostanze non la si debba fare per salvare la vita del paziente.

3. Conviene negli stringimenti insorpassabili, resistenti, assai irritabili o recidivi, incurabili con una dilatazione perseverante. La presenza di falso strade è un'altra indicazione, poichè intanto che guarisce lo stringimento guarisco anche il falso canale.

4. È giustificabile in qualche caso di ritenzione di orina da stringimento, quantunque in molti casi si debba preferire la puntura della vescica.

Conviene cho il paziento si prepari all'operazione col riposo in casa e il più a lungo cho si può, in posizione orizzontale, regolando le secrezioni, o riducendo l'organismo nella miglioro condizione possibile. Prima dell'operazione si deve radere il perineo e vuotare il retto con un enema.

Lo stringimento ci si può presentare con tre gradi di contrazione; o impervio a qualunque instrumento, o pervio a una candeletta elastica e sottile, o pervio ad una sonda scannellata. Nel primo caso ci vuole un catetere pieno per entrare nell'uretra; nel secondo si introduce in vescica la candeletta più grossa che si può, poi si fa scorrere su questa un tubo metallico aperto all'estremità, che serve di guida, spingendolo fino allo stringimento; nel terzo caso, serve benissimo il siringone adoperato da Syme e che ora descriverò; può però servire benissimo la combinaziono di una sonda e di un catotere come nell'altro caso.

Si sottometto il paziente all'influenza di un anestetico; e lo si pone sul margino di un tavolo in faccia a una buona luco, nella

posizione per la litotomia, coi piedi assicurati alle mani mediante un bendaggio e i ginocchi sostenuti da due assistenti. L'assistente a sinistra è incaricato dell'instrumento introdotto nell'uretra e tiene sollevato lo scroto; la sonda metallica e il catetere devono star fermi contro lo stringimento, facendone alquanto prominente l'estremità. Il chirurgo, accomodato in basso, incide precisamente sulla linea mediana del perineo per la lunghezza di quattro o cinque centimetri; dividendo i tessuti strato per strato fino ad aprire l'uretra sull'estremità dell'instrumento che protrude al davanti dello stringimento; quì sarà bene prolungare l'incisione all'insù a breve distanza al di sopra dell'estrema punta del catetere onde essere sicuri di aver completamente diviso lo stringimento in questa direzione. Aperta l'uretra, si avrà maggiore o minor facilità a compiere l'operazione secondo che si può passare o no una guida attraverso lo stringimento. Se fin dal principio si è potuto introdurre in vescica una candeletta o un siringone, la spaccatura dello stringimento riesce comparativamente facile; se non vi si è riuscito, bisogna tentare di far passare un instrumento dall'apertura perineale. A questo scopo si tengono divaricate le labbra della ferita o colle dita di un assistente o con degli uncini, o, come proposo Avery, si fa passare una legatura attraverso la mucosa uretrale da ciascun lato, onde ottenere un campo più chiaro, e l'indicazione precisa della posizione del canale; si asterge il sangue con delle spugne. Il miglior instrumento da introdurre è un direttore fatto a doccia; se non lo si può far passare si adopera una candeletta sottile flessibile od anche una lunga setola. In questo momento dell'operazione ci vuole tempo, pazienza e costanza; spesso ci vogliono quindici, trenta minuti; nella maggior parte dei casi però si riesce a introdurre uno degli instrumenti che indicammo, e senza una grande difficoltà. Il Dr. Gurdon Buck, di vasta esperienza nella sezione perineale, mi dice di essere sempre riuscito in ogni caso; so però di altri chirurghi che non furono così felici. Riuscendo, si divide lo stringimento dal basso all'alto, [1] comprendendone tutta l'estensione, evitando però

[1] A meno che non succeda che, operando nella direzione contraria, il coltello dopo aver tagliato lo stringimento e non incontrando più la resistenza dell'indurimento, ferisca senza necessità i tessuti profondi.

di incidere troppo all'indietro per non ferire inutilmente il fascia perineale profondo, e rendere maggiore il pericolo di stravaso di orina. Syme dice chiaramente ch' egli — non ha mai trovata la necessità di tagliare più in là dell' uretra bulbosa, per l' introduzione in vescica di un instrumento del calibro dell' uretra, — e che non incontrò mai uno stringimento posteriore a questo punto. Però non si può mettere in dubbio che v'hanno degli stringimenti situati nell'uretra membranosa, quantunque quello che dico Syme sia probabilmente più vicino al vero di quello che si ammise qualche volta, giacchè si ebbe generalmente la tendenza di assegnare una sede posteriore alla vera; la direzione obliqua del fascia perineale che accorcia l'aspetto inferiore dell'uretra membranosa, aggiungo alla probabilità di cadere in questo errore. Quantunque non si sia sempre sicuri di evitare il fascia perineale profondo, bisogna nondimeno guardarsene per quanto si può, e non succederà poi tanto spesso.

Vi sono doi casi come dicemmo, nei quali riesce impossibile introdurre una guida qualunque nello stringimento; allora bisogna andare in traccia dell'uretra procedendo dal tratto posteriore allo stringimento, onde poter dividere esattamente i tessuti sulla linea mediana; se si sente un punto fluttuante esso è probabilmente l'uretra dilatata, e la si apre. Egli è evidente che in tali casi, è spesso impossibile il seguire lo stringimento filiforme attraverso la massa di indurimento; onde non vi si deve consumare intorno un tempo inutile, se non lo si trova facilmente; poichè il nuovo canale aperto dal coltello, spesso tenne luogo benissimo del canale originale.

Aperto così un ampio passaggio alla vescica, si introduce dal meato un catetere pieno e ve lo si mantiene. Se fin dal principio dell' operazione si è potuto introdurre una candeletta e un tubo correvole su questa, riesce facile dopo l'incisione, di spingere il tubo fino in vescica facendolo scorrere sempre sulla candeletta. Diversamente si incontra una certa difficoltà nell'introdurre il catetere, la punta del quale con facilità viene ad uscir fuori dall'apertura perineale; per evitare questo accidente si introduce un direttore nell'incisione, e questo serve di guida alla punta dell'instrumento. Mandato dentro il catetere si assicura se sia mobile nel canale; se lo si sente *portato*, è assai probabile che alcune fi-

bre dello stringimento non siano state tagliate; pertanto le si devono incidere, in quantochè la loro completa divisione è essenziale al successo dell' operazione. Il catetere lo si mantiene fisso per mezzo di una fasciatura girata intorno alla cintura, a questa fascia si legano due nastri che discendendo da tergo passano sotto al perineo, passano negli anelli del catetere e si legano al davanti. Non si deve spingere in giù il catetere fino a premere contro la mucosa della vescica.

È bene che l'estremità esterna non sia chiusa, ma che comunichi con un serbotojo onde l'orina abbia sempre un'uscita libera, così ne sfuggirà meno dalla ferita. Il malato dovrà starsene a letto colle cosce piegate e le coltri sollevate da una gabbia. Si rimedia al dolore locale con suppositorj d'opio. Succede qualche volta una emorragia tale, che difficilmente la si arresta colla legatura, poichè il filo non fa presa sul tessuto cartalagineo dello stringimento; allora si inserisce un pezzetto di spugna compressa fra le labbra della ferita, o si fa il tamponamento, o si fasciano le cosce l'una stretta all'altra.

Il catetere lo si lascia dentro per due o tre giorni, mai più di quattro, tranne che in rare circostanze, quando si è dovuto adoperare un instrumento elastico, o quando se n'è dovuto sostituire uno elastico al metallico; e questo è nn precetto abbastanza importante. Il pericolo della ritenzione prolungata dell' instrumento, sta nella facile ulcerazione della mucosa e dei tessuti sottoposti, per la pressione esercitata dal catetere. Questa succede quasi sempre in due punti: in quella porzione di parete vescicale che è a contatto dell'estremità del catetere, e nella superficie inferiore dell' uretra precisamente al davanti dello scroto, dove incomincia la curva sottopubica, dove il legamento sospensorio si unisce al pene, e dove ogni instrumento retto come l'asta di un catetere, necessariamente preme sulla parete inferiore dell'uretra. In pochi anni, nelle varie sedute mediche di questa città, furono riferiti molti casi consimili. Si ebbe un caso di morte dopo che il catetere era rimasto in sito per quindici giorni; al reperto cadaverico si trovò una ulcerazione piccola e profonda della vescica, e un' altra abbastanza estesa, nella parete inferiore dell'uretra, al davanti dello scroto, e appena separata dalle superficie esterna per mezzo degli integumenti. Alcuni anni sono un individuo che era stato operato

in California di seziono perineale, o nel quale si lasciò per tre settimane un catetere d'argento, ricorse a un chirurgo di questa città per nna fistola orinaria all'angolo tra il pene o lo scroto, in conseguenza della prolungata ritenzione dell'instrumento.

Gli offetti di tale ulcerazione ponno essero più che locali; negli individui indeboliti come lo sono spesso i pazienti di stringimento, questi effetti possono contribuire all'esito fatale che ne seguo qualche volta.

Fig. 28.

L'idea già emessa da alcuni, che la sezione perineale sia da sola sufficiente a guarire uno stringimento, fuor di rarissime eccezioni, è un'idea affatto sbagliata. Se dopo non si pratica il cateterismo, come negli altri metodi di cura, si può quasi essere sicuri della recidiva. Io mi sono convinto di questo fatto anche parlando di qnesta operazione con varj chirurghi; e trovai che coloro i quali non ebbero ricorso al cateterismo non ebbero buoni risultati; mentre quelli cho lo fecero, furono costantemonto soddisfatti. So d'un signoro che operato nove volte non continuò mai la cura col cateterismo, e ad ogni volta la malattia ritornava come prima. Quì da noi questo principio ò abbastanza bene inteso; generalmente si incomincia la dilatazione il giorno dopo che si è tirato fuori il catetere, e la si ripete ogni ventiquattro ore, lasciando dentro l'instrumento, circa mezz'ora ad ogni volta.

Intanto che la ferita perineale guarisce, si insegna al paziente come introdurre ed estrarre un catetere, imprimendogli in mente la necessità di continuare per lungo tempo. Quando si è aperto un passaggio affatto nuovo per l'orina, oppure quando lo stringimento fu esteso e molto duro, gli si prescriverà di introdurre un catetere ogni giorno, o prima di andare a letto o prima di alzarsi la mattina, lascian-

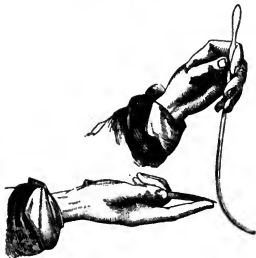
dola nell'uretra per circa mezz'ora; così si continua per sei mesi almeno; dopo il qual tempo si ripete per qualche anno il cateterismo a tempi gradatamente più scostati. Mancando di osservare fedelmente questa regola nessuno può aspettarsi il più piccolo vantaggio *permanente* dalla sezione perineale.

L'esito fatale che segue qualche volta la sezione perineale, dipende quasi sempre da piemia, certe volte da febbre uretrale con o senza soppressione delle orine; e certe altre volte da gangrena nosocomiale, da erisipela, da infiltramento orinoso. La maggior parte delle morti succede negli spedali; nella pratica privata la sezione perineale è un'operazione comparativamente sicura, specialmente se limitata, come dovrebbe pur sempre esserlo, a pazienti dotati di quel grado di vigore, mancando il quale non si dovrebbe mai adoperare il coltello.

Operando la divisione esterna, il sig. Syme impiega una sonda assottigliata all'estremità di un diametro eguale al N.° 1 o 2 della scala da catetere e la fa passare per lo stringimento; il più grosso dell'asta press'a poco del volume del N.° 8 e in continuazione colla parte più sottile si ferma, colla salienza formata dall'ingrossarsi dell'asta, al margine anteriore dello stringimento (fig. 28). Thompson adopera un instrumento consimile ma — cavo per tutta la lunghezza, donde fluisce l'orina quando l'instrumento entra in vescica; così l'operatore conosce dove trovasi la punta, ciò che importa assai quando ci siano delle false strade che fanno difficilissimo il percorrere la retta via. —

Syme dà le seguenti istruzioni quanto all'atto operativo: — Si colloca il paziente sul margine del letto colle cosce sostenute da due assistenti collocati a ciascun lato del malato; si introduce un direttore fatto a doccia, leggiermente incurvato e di grossezza tale da poter penetrare nello stringimento, e lo si confida ad uno degli assistenti. Il chirurgo seduto o in ginocchio, pratica un'incisione sulla linea mediana del perineo o del pene, dove corrisponde lo stringimento; la prolunga per un pollice o un pollice e mezzo, interessando gli integumenti e i tessuti sottoposti adjacenti all'uretra. Allora il chirurgo prende il manico del direttore colla mano sinistra, e un bistori retto, acuto, a lama stretta colla destra, coll'indice steso lungo la lama verso il direttore, e spinge la punta del tagliente nella solcatura rivolta inferiormente, ossia nella fac-

cia vescicale dello stringimento (fig. 29), spinge innanzi il coltello dividendo tutto il tessuto inspessito della parte di canale ristretto,

Fig. 29.

ed estrae il direttore. Poi si introduce in vescica un catetere d'argento del N.° 7 od 8 tenendovelo con opportune fasciature, otturandone l'estremità onde impedire lo scarico dell'orina. [1] Terminata così l'operazione, il paziente dovrà starsene quieto a letto per quarantotto ore, dopo le quali si toglie anche il catetere. —

In una lezione clinica pubblicata nel London Lancet (ed. am.), novembre 1848, Syme dice che si può far senza affatto di introdurre un catetere nell'uretra dopo la sezione perineale, e che vi si può sostituire un breve tubo introdotto nell'incisione perineale, onde proteggere le labbra della ferita dal contatto dell'orina, che desta brividi, vomito, frequenza di polso e delirio, quel complesso insomma, noto sotto il nome di febbre uretrale che qualche volta tien dietro a questa operazione. Il catetere consigliato da Syme, —

[1] Thompson, esprimendo come pare, le ultime idee del Syme, dice che l'estremità del catetere introdotta non deve essere otturata.

è lungo circa nove pollici, leggiermente incurvato alle estremità in direzioni opposte, con una coppia di anelli al di dietro della curvatura anteriore per assicurarlo in posto. Oltre al gran vantaggio della sicurezza, questo catetere è assai meno incomodo di quello adoperato fin quì, e non ha l'inconveniente della pressione sulle pareti della vescica contratta. —

Syme dice francamente che questa operazione, quand'anche non assolutamente richiesta dall'ostinazione del caso, — è preferibile alla dilatazione, come quella che giova meglio e più presto. — Non fa dunque meraviglia che con tali idee egli abbia praticate dalle cento alle duecento di tali operazioni; ma la facilità colla quale ei ricorre alla sezione perineale, destò giustamente la unanime censura dei chirurghi. Recentemente Syme evitò di dare il numero esatto e i risultati de'suoi casi. Egli asserì già, che nessuna delle sue prime settanta operazioni fu fatale; ma da allora si contarono parecchi morti nella sua pratica. Bisogna convenire che i suoi successi, per quanto risguarda la mortalità, furono veramente insoliti; ma bisogna anche ricordare ch'egli pratica l'operazione in casi di carattere assai mite, scevri per la massima parte da malattia renale e da generale depressione del sistema; però questi risultati non si possono ritenere quale indice della sicurezza della sezione perineale nei casi avanzati di stringimento. Thompson dà una lista di 219 casi; vi operarono trenta chirurghi; si ebbero quindici morti, due delle quali non furono imputabili all'operazione. Questa mortalità è sufficiente a sconsigliare la sezione perineale, ogniqualvolta si possano impiegare con successo altri mezzi più miti quantunque forse anche più deboli.

Conseguenze delle operazioni sugli stringimenti. — Ciascuno dei modi di cura or ora descritti può essere seguito da accessi a freddo ed altri sintomi spiacevoli, che nella maggior parte dei casi cedono senz'altro danno, ma che altre volte assumono un carattere serio, e terminano anche colla morte. Le cause eccitanti ponno essere; la sola distensione eccessiva dell'uretra per una candeletta più grossa di quelle adoperate antecedentemente; le abrasioni o lacerazioni delle pareti pei rozzi maneggi cogl'instrumenti; l'applicazione del caustico o l'uso del coltello per le inci-

sioni esterne od interne. Il paziente vien tosto preso da freddo, vomito, frequenza di polso, e nei casi gravi, da gran prostrazione e delirio. Questi sintomi succedono più facilmente la prima volta che si emette l'orina dopo l'introduzione di una sonda o l'estrazione del catetere dopo fatta l'uretrotomia; in altre parole seguono, o pare dipendano dal contatto dell'orina con nna superficie abrasa, per la quale entrano in circolazione o l'urea o il pus; altre volte apparentemente dipendono dalla scossa riportata dal solo sistema nervoso. Questo complesso di sintomi, noto col nome di febbre uretrale, non è che una forma di febbre chirurgica, nell'eziologia della quale ha tanta parte l'assorbimento di una materia settica dalle vicinanze di una ferita; essa venne assai ben descritta dal professor Simpson di Edimburgo. ,

In molti casi la febbre uretrale termina colla risoluzione con o senza trattamento, nel corso di poche ore; ma, specialmente in persone affette da malattia renale, e certe volte senza causa apparente, invade una forma tifoide con delirio, si formano ascessi in diverse parti del corpo, e tosto ne segue la morte. La completa soppressione dell'orina è un sintomo occasionale, e lo si deve tenere per seriissimo. Thompson riferisce un [1] — caso di stringimento vecchio e assai marcato, nel quale si ebbe in tal modo la morte entro cinquantaquattro ore dall'uso di un instrumento, lo stesso che venne solitamente adoperato prima almeno cento volte, senza che ne fosse derivato danno alcuno all'uretra, come si verificò in un attentissimo esame cadaverico delle parti. Circa un'ora dopo il cateterismo cominciarono i brividi e il vomito, e da questo momento fino alla morte, non fu emessa un'oncia di orina. Si trovarono i reni straordinariamente congesti molli e friabili a una leggiera pressione. —

In un caso di sezione perineale riferita da Syme — il paziente non soffrì nulla per l'operazione; gli venne tolto fuori il catetere nel secondo giorno; stette bene fino al terzo giorno, e nel quarto s'abbigliò ed era di buon umore. Nel pomeriggio di questo giorno, durante l'emissione dell'orina sentì un dolore acuto, e passando dall'una nell'altra stanza cadde al suolo offendendosi la

[1] Med. Times and Gazet. Aprile 23, 1859.

fronte ed un ginocchio; al tempo stesso ebbe un brivido violento, seguito da frequenza di polso e dolore acuto alle parti offese. Visto che l'orina passava liberamente e completamente dall'uretra, m'aspettava che questi sintomi avessero a cessare; invece progredirono fino alla suppurazione del ginocchio, alla distruzione del bulbo dell'occhio terminando fatalmente dopo qualche settimana. Io mi trovai affatto incapace a rendermi ragione di questo fatto, finchè non venne a rischiararmi il seguente altro caso: il paziente non soffrì nulla per l'operazione che fu semplicissima, nè si lamentò pure nulla del catetere, che si lasciò dentro per tre giorni. Quando venne levato fuori, egli manifestò di trovarsi benissimo, anzi scrisse agli amici le più soddisfacenti relazioni del suo stato. Alle tre pomeridiane emise orina, e ne provò qualche dolore, seguito da una leggier perdita di sangue. Immediatamente dopo s'ebbe un brivido violento, seguito da delirio e insensibilità; non c'era polso, non secrezione d'orina, e morì il giorno appresso. Esaminando il cadavere non si trovò la più piccola traccia di stravaso orinoso, nè altro segno di lesione locale; ma i reni ingorgati di sangue a un grado estremo; era chiaro che la morte risultò da una scossa violenta al sistema nervoso.[1] — Come già si disse, un risultato sì fatale di operazioni sull'uretra non succede sì spesso, ma non bisogna mai dimenticare la possibilità di incontrarlo onde non mancare nell'osservanza delle debite cautele.

Perchè la cura di uno stringimento abbia a riuscire, bisogna che l'organismo si trovi nella migliore condizione possibile; gli organi digerenti ben regolati; il paziente deve evitare ogni eccesso sia nella dieta sia nel moto. Importa anche l'astenersi da ogni processo operativo finchè il tempo è umido o piovoso, o quando il paziente sia stancato o depresso di morale. Prima di introdurre il catetere, prima di usare il caustico o l'uretrotomo bisogna evacuare la vescica; bisogna anche protrarre di parecchie ore la prossima emissione di orina fino a che la superficie abrasa dello stringimento sia in certo modo protetta da una offusione di linfa. Manifestandosi i brividi, si combattono coll'applicazione esterna del caldo e dei rubefacienti, come sarebbero le bottiglie di acqua bollente alle estremità, i se-

[1] Lond. Lanc. Ad. ed. nov. 1858.

napismi alla spina e al ventre, le coperte calde, ecc.; e internamente gli stimolanti e gli opiati; di questi ultimi se ne dia una larga dose all'invasione, poi se ne ripeta una certa quantità ogni poche ore, in modo da mantenere un' azione narcotica e ottundere l'irritabilità del sistema nervoso. La reazione che tien dietro generalmente non la si deve curare colla deplezione; tosto sopraggiunge una certa tendenza alla depressione generale, e allora si hanno a sostenere i poteri vitali cogli stimolanti e colla nutrizione, fino a che la natura non abbia eliminati i materiali tossici che entrarono nell'organismo.

CURA DELLA RITENZIONE D'ORINA.

Come già si disse in questo capitolo, la ritenzione dell'orina occorre specialmonte o duranto lo stadio acuto dolla blennorragia quando questa diponda da infiammazione e spasmo, od in qualche periodo di stringimento organico, quando, oltre alle già accennate cause, la contrazione permanente del canale ha una parte più o meno importante nel produrlo. Nel primo caso la ritenzione è meno frequente che nel secondo ed è più facilmente curabile. La terapia deve variare a seconda delle condizioni del paziente; il criterio del chirurgo sceglierà.

Avendo a che fare con un soggetto robusto, o quando ci sia calore esagerato ai genitali e gonfiezza, e febbre viva, è bene cominciare coll'applicazione di coppette o sanguisughe al perineo; sono preferibili le prime, in quanto che tiran fuori il sangue più presto; si può tenere per media la quantità di dieci once all'incirca. Adoperando le sanguisughe se ne applicheranno almeno dieci o dodici. Ad ogni modo, con o senza questa deplezione preliminare secondo le circostanze del caso, si immergerà il paziente in un bagno caldo a circa 102°F.; si comincia con una temperatura più bassa e la si innalza a poco a poco aggiungendo dell'acqua più calda. È anzi desiderabile uno stato di sincope, la quale gioverà molto nel rallentare l'azione spasmodica. In molti casi il paziente emette l'orina durante l'immersione: se no, intanto cho sta ancora nel bagno si tenta di introdurre un catetere di media gros-

sezza, per esempio il N.° 5; seguendo le regole che già indicammo, aderendo alla superficie superiore dell'uretra, fermandosi ad ogni piccolo impedimento e sorpassandolo colla pressione continna ma leggiera, soprattutto evitando di usar forza, non si deve aver timore di recar danno alla mucosa infiammata e sensibile. Nei pochissimi casi nei quali non riescono qneste misure, si pone a letto il paziente, e si ricorre ad altri sussidj antiflogistici ed antispasmodici, incominciando dalla massima quiete. Si amministra un purgante attivo, olio di croton o colomelano e gialappa, cui si aggiunge la seguente mistura da ripetere ogni due o tre ore onde ottenere nausee e scariche alvine: —

Tartrato d'antimonio e potassa centigrammi 20.
Solfato di magnesia grammi 60.
Tintura d'opio gocce 40.
Acqua di canfora grammi 250.
M.
Dose: un cucchiajo.

Non si deve però giungere fino alla catarsi eccessiva; bastono due o tre scariche abbondanti; qualora si manifestasse un'azione esagerata evacuante, la si frena coi clisteri opiati. Anzi sarà bene il reprimere l'irritabilità e lo spasmo coll'influenza dell'opio, senza che ciò sia in contraddizione colle misure or ora consigliate; il migliore mezzo è quello delle injezioni rettali o dei suppositorj contenenti laudano o morfina. Se non viene emessa l'orina nelle ventiqnattro ore, si ritenta il cateterismo dopo aver messo il paziente in nn bagno caldo, o meglio dopo avergli amministrato un anestetico. Quando la ritenzione d'orina dipende da stringimento infiammatorio, non è mai necessario il ricorrere alla puntura della vescica. Ottenuto nn certo miglioramento, si estrae il catetere, riservandoci di tornarlo ad introdurre poi qualora lo si richieda, e si raccomanda la quiete al paziente per qnalche giorno finchè abbia ripreso la naturale facilità ad emettere l'orina.

La ritenzione d'orina però la si osserva più spesso quale complicazione di stringimento organico, e allora ci si manifesta con sintomi più gravi ed è più difficilmente curabile. I rimedj che vi si richiedono differiscono alqnanto da quelli or ora esposti. A meno che il malato non sia già stato sottoposto all'uso di strumenti, si

tenti tosto di introdurre un catetere, al che si riuscirà meglio sottoponendolo all'azione dell'etere. Se è la prima volta che si visita il paziente bisognerà informarsi della storia antecedente del caso; del grado di contrazione dello stringimento, quali instrumenti vi passino, o quanto meno il volume della corrente d'orina, la durata della ritenzione ecc. ecc. Nella ritenzione d'orina c'è una contrazione muscolare eccessiva intorno alla vescica e all'uretra, stimolata dalla volontà non solo, ma fatta spasmodica e involontaria per l'irritazione dei nervi afferenti; da ciò deriva il principale ostacolo alla naturale od artificiale evacuazione della vescica, cui si raggiunge assai meglio colla moderna applicazione dell'etere e del cloroformio, che non coi bagni caldi e l'opio, che formarono per lo addietro i solo mezzi a questo scopo.

Ottenuta l'insensibilità del paziente e la completa rilassatezza muscolare, si ricerca con esattezza la situazione dello stringimento introducendovi un instrumento pieno; dopo di che con una dolce e continuata pressione si cerca di sorpassare lo stringimento mediante un piccolo catetere metallico o di gomma elastica. Non riuscendo con questo si introduce una piccola candeletta di gomma, d'osso di balena o una minugia, e ve la si lascia per qualche momento; spesso estraendola si ottiene una piccola corrente d'orina; ripetendo il processo se fa di bisogno, si giunge a vuotare completamente la vescica. Si può ottenere il medesimo risultato quantunque con minore certezza, mediante la pressione contro la faccia anteriore dello stringimento. Negli stringimenti molto pronunciati pei quali non passa che un instrumento filiforme o per lo meno così sottile da non poterne adoperare uno cavo, si può adottare il cathétérisme à la suite come lo impiegano i sigg. Maisonnenne e Phillips. [1] Thompson [2] inventò un catetere nel quale si combinano la costruzione tubulare e il piccolissimo volume; l'estremità può essere sottile come quella di uno spillo e solida sino a due pollici e mezzo ascendendo, dove c'è la fenestrella; l'asta cava si ingrossa ascen-

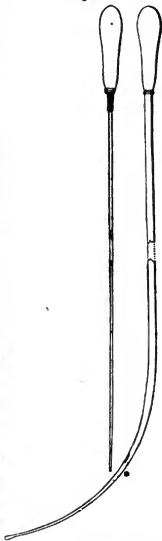
[1] Nel giornale di Medicina pratica e Churgia, dic. 1858, di Championnière, si trova un esempio di felice applicazione di questo metodo per la cura della ritenzione, riuscito al Dr. Phyllips.

[2] Op. cit., pag. 181.

dendo fin quasi al volume del N.° 2; il tubo è altresì percorso da uno stiletto d'acciajo che si può fissare dentro a vite, così si ha una solidità maggiore e la fenestrella sempre libera dal muco e dal sangue.

Fig. 30.

Introdotto il catetere nei casi di ritenzione per stringimento organico, si lascia in posto l'instrumento per ovviare ulteriori incomodi.

Il ritentare il cateterismo, anche senza usare violenza può destare irritazione del canale, può anche produrre abrasioni; bisogna evitare questi danni, e se non si riesce dopo un certo tempo, si ricorra ad altri mezzi. S'incontrano spesso pazienti sui quali vennero già provati gli instrumenti, e da mani inesperte ed eccessivamente, onde ci sono lacerazioni dell'uretra, false strade. In tal caso bisogna sospendere per un certo tempo l'uso degli strumenti. Si immerge il paziente in un bagno caldo fino quasi alla sincope, lo si pone a letto e gli si applicano all'epigastrio e ai genitali dei pannolini imbevuti di laudano e d'acqua caldissima; ma il migliore rimedio a questo punto è l'opio; sir Beniamino Brodie dice: — Si dia per clistere da una mezza dramma a una dramma di laudano in due o tre once di acqua e amido. Se questo non riesce date l'opio per bocca, ripetendo la dose, se fa bisogno, ad ogni ora fino a che il malato emetta l'orina. Secondo la mia esperienza

i casi nei quali lo stringimento non si rilascia dopo larghe dosi d'opio, sono rarissimi. Primo effetto dell'opio è quello di diminuire il tormento prodotto dalla distensione della vescica; la voglia d'orinare diventa meno urgente; i parossismi spasmodici meno frequenti; dopo qualche tempo di tale relativo riposo il paziente incomincia ad emettere le orine, dapprima assai scarse quindi largamente. — La testimonianza di un chirurgo tanto illustre vien confermata dall'esperienza di quasi tutti i pratici; bisogna però far osservare al tempo stesso che l'amministrazione di questo rimedio deve essere assai sorvegliata, nè la si deve spingere all'eccesso.

Anche la tintura di cloruro di ferro giova assai nei casi di ritenzione; essa è molto adoperata al New York Hospital, alla dose di quindici o venti gocce ogni ora. Nacque qualche dubbio circa all'azione di questo preparato; siccome lo si dà comunemente insieme all'opio, si volle riferirne l'effetto a quest'ultimo. Io l'adoperai solo senza opio, in molti esempj e con risultati assai fortunati, e gli assegno solo il secondo posto dopo l'opio, nella cura della ritenzione.

In ogni caso bisogna esaminare diligentemente il perineo, perchè l'impedimento può derivare da un ascesso o da infiltramento orinoso, l'evacuazione dei quali giova subito. Quando tali raccolte si formano posteriormente al ligamento triangolare, i sintomi esterni sono spesso assai oscuri. Riconosciuto là un tumore più o meno pastoso, lo si incida tosto ampiamente sulla linea mediana; questa spaccatura non può essere di danno, anzi sarà di essenziale giovamento. Bisogna impedire ogni raccolta fecale nel retto, e mantenere libero il tubo intestinale, se fa bisogno coi clisteri e coi catartici. Negli individui robusti può presentarsi l'indicazione di una sottrazione di sangue dal perineo colle coppette incise o colle sanguisughe. Ma più d'ogni altro mezzo dobbiamo confidare in quelli or ora indicati; e se il paziente lo si vede abbastanza presto si riesce quasi sempre a sollevarlo entro dodici o ventiquattro ore col catetere, il riposo, il bagno caldo, l'opio e la tintura di cloruro di ferro.

Non si può dire fin quando si possa protrarre a pungere la vescica nei casi di ritenzione d'orina. La decisione dipende dal caso speciale, considerando non solo il tempo che dura la ritenzione, ma l'età del paziente, le forze, le condizioni sue generali, l'urgenza

dei sintomi, il pericolo della rottura della vescica o dell'uretra, il pericolo d'offesa ai reni. Thompson fa osservare in proposito che: — Vi sono alcuni chirurghi, i quali pare opinano che fin tanto che non si presentano sintomi costituzionali urgentissimi, poco importa del grado di distensione della vescica, ascrivendo a quest'organo una resistenza pressochè indefinita. Che la sia grandissima non lo si può negare e si cita l'estrema rarità degli esempj di rottura per tal causa, la qual rottura alla fine ha luogo piuttosto per l'ulcerazione che per la meccanica distensione delle pareti vescicali. Ma è anche certo che da una straordinaria distensione ponno derivare tristissime conseguenze; non parlando della rottura dell'uretra e dello stravaso orinoso perchè abbastanza ovvj, accennerò gli effetti di questa distensione eccessiva sui reni, non solo quanto alla temporaria sospensione della funzione renale, ma al danno che ne deriva nella struttura dei tessuti dopo qualche ora di eccessiva pressione e dilatazione. Il danno che ne viene ai reni in tal caso è tanto maggiore, quanto più questi organi paragonati alla vescica sono di struttura più complessa e delicata. Non dobbiamo quindi protrarre indifferentemente i bagni caldi, l'opio, i purganti, ecc., fino all'estrema tolleranza della vescica. La cura che noi dobbiamo avere pel malato deve vedere più in là; e se dall'anamnesi o dalle condizioni presenti ci sia ragione a supporre una malattia dei reni, non dovremo indugiare al di là del tempo necessario per tentare un conveniente metodo medicinale, e l'uso diligente di un catetere al che bastano poche ore. —

Ma ammettendo l'importanza ed anche la necessità di ricorrere ad un'operazione non si ha a credere che siano molti i casi nei quali la si richiede. Ritengo che probabilmente si direbbe il vero, dicendo che l'operazione non è mai necessaria quando il paziente fu fin dal principio trattato da un chirurgo pratico e intelligente, e che la ritenzione può sempre essere rimediata entro un certo periodo di tempo, con misure più miti. Sfortunatamente non sempre si ricorre al chirurgo più competente, e questo periodo passa o senza approfittarne o valendosene alla peggio.

Decisa la necessità dell'operazione, il chirurgo può scegliere fra quattro metodi: la puntura della vescica dal retto; la spaccatura dell'uretra dal perineo; la puntura sopra e la puntura attraverso la sinfisi della pube. Si volle aggiungere un quinto metodo cioè il

— forzare lo stringimento — metodo però giustamente rigettato dalla moderna chirurgia. La puntura della vescica dal perineo, venne pure abbandonata.

Puntura dal retto. — Questa operazione è ammessa generalmente, si compie con facilità, è relativamente sicura, giova immediatamente, onde è quella adottata quasi sempre. Viene controindicata nei casi di ipertrofia della prostata o di tumore, nei quali

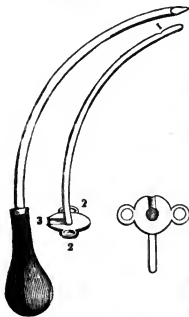
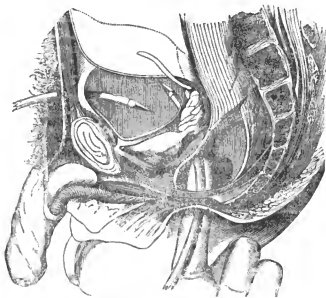



Fig. 31. Canula e trequarti veduti lateralmente.
1 Occhio nella prima comunicante colla docciatura del secondo.
2 Anelli per fissare l'instrumento.
3 Canale per l'uscita dell'orina.
Fig. 32. Trequarti veduto dalla faccia convessa.

casi c'è il pericolo di lesione della prostata; così pure quando la vescica è molto contratta, perchè il trequarti può ferire tanto la

parete posteriore quanto l'anteriore. Paragonata alla spaccatura dell'uretra dal perineo, ha lo svantaggio di non curare lo stringimento come fa della ritenzione; questo svantaggio è però fino a un certo punto compensato dalla facilità colla quale si può istituire la dilatazione quando c'è un uscita artificiale per la vescica, poichè allora l'uretra non è più irritata dal continuo passaggio dell'orina.

La puntura retto-vescicale si compie con un trequarti comune a canula incurvata, lungo circa venti centimetri; meglio ancora coll'asta del trequarti tubulare, così il fluido dell'orina ci avverte quando la punta dell'instrumento è penetrato in vescica.

Fig. 53.

Puntura retto-vescicale e sopra-pubica.

Il paziente viene disposto come nell'operazione per la litotomia, colle gambe sostenute da un assistente cadauna. Si vuota il retto con un clistere, il chirurgo vi introduce l'indice sinistro e lo spinge fino a ridosso della parete retto-vescicale precisamente al di dietro del margine posteriore della prostata; intanto l'altra mano battendo leggiermente sulla regione ipogastrica comunica all'estre-

mità del dito introdotto nel retto un senso di fluttuazione; prima di procedere nell'operazione è indispensabile il sentire questa fluttuazione. Allora si introduce il trequarti montato colla canula, facendolo correre lungo la guida dell'indice, e se ne dirige la punta innanzi esattamente lungo la linea mediana, intanto che un assistente comprime con ambedue le mani la parte inferiore dell'addome; allora, abbassando il manico dell'instrumento si penetra in vescica, ciò che si riconosce dal movimento libero della punta in cavità. La canula tenuta diligentemente in posto intanto che si tira fuori il trequarti, la si fissa con una fasciatura a T e la si lascia così fino a che sia ristabilita la permeabilità dell'uretra.

Gli accidenti di questa operazione sono: la ferita del peritoneo e delle vescichette seminali, la conseguente peritonite e l'infiammazione del testicolo ed appendici; la persistenza dell'apertura; e le raccolte tra la vescica e il retto. In pratica per altro questi risultati sono rari. Il peritoneo è troppo alto per essere facilmente leso, e le vescichette seminali si risparmiano percorrendo precisamente la linea mediana. Si ebbero casi nei quali la puntura retto-vescicale finì con una fistola che durò tutta la vita, ma generalmente la ferita si chiude con molta facilità; la formazione di raccolte è rara.

Questa operazione fu assai adoperata da Cock al Guy's Hospital, Londra; egli la fece ventiquattro volte e la vide fare altre quattordici volte; nelle Medico-Chirurgical Transactions, vol. XXXV, ne parla assai favorevolmente, e dà anche il disegno di un trequarti suscettibile di espansione all'estremità, per impedire che l'instrumento sfugga dalla vescica.

Spaccatura dell'uretra. — La paccatura dell'uretra che comprenda lo stringimento, e che dispone così il campo per l'ulteriore trattamento, è senza dubbio l'operazione più conveniente per la cura della ritenzione, quando però l'operatore sia abbastanza edotto dell'anatomia della parte, quando il perineo non sia troppo denso, nè i tessuti fuor di modo alterati.

La spaccatura dell'uretra si può fare in due modi:

1. Metodo identico alla sezione perineale già descritta; vi si incontra spesso non poca difficoltà nella ricerca del canale al di dietro dello stringimento, per lo spessore e l'edema dei tessuti perineali.

2. In quest'altro metodo si dirige addiritura il coltello sull'u-

retra posteriore allo stringimento, senz'altro tentativo per la spaccatura di quest'ultimo, che il chirurgo dividerà poi dopo o meno, secondo che gli verrà suggerito dal suo criterio. È questo un metodo che venne assai raccomandato da Liston [1] e da Gutrie. [2] Si dispone il paziente come per la puntura del retto. Introdotto l'indice sinistro nel retto, con un bistori sottile e acuto si penetra nei tessuti superficiali del perineo fino alla profondità di circa due centimetri e mezzo un po' al disopra del margine dell'ano, tagliando all'insù lungo la linea mediana, e praticando un'incisione della lunghezza di due a tre centimetri. Allora introdotto un dito nella ferita si avverte spesso un senso di fluttuazione, tanto più se si invita il paziente a fare sforzi per orinare; questa fluttuazione serve a guidare la punta del coltello per aprire l'uretra al di dietro dello stringimento nella porzion membranosa, o possibilmente ancor più al di dietro, all'apice della prostata. Prima di tirar fuori la ama del coltello, si introduce in vescica un direttore onde più tardi si possa mandar dentro più facilmente un catetere femmina, il quale, caso mai l'operazione debba fermarsi quì, dev'essere tenuto in posto da una fasciatura; oppure si introduce uno specillo nello stringimento dal di dietro all'innanzi fino ad incontrare un catetere introdotto dal meato, e su questo si spacca lo stringimento; poi si procede come dopo la sezione perineale.

Puntura sopra-pubica. — Questa operazione prescelta da Abernethy e secondo il Dr. Wilmot, [3] preferita dai chirurghi di Dublino invece della puntura retto-vescicale, non venne ancora così generalmente adottata quì da noi come lo fu dei metodi precedenti. È affatto controindicata quando la vescica è contratta; è difficile a compiersi quando il paziente è individuo corpulento; al contrario negli individui magri, a vescica molto distesa, si compie assai facilmente. Il pericolo maggiore è l'infiltramento orinoso, lo si può prevenire facendo ampia l'incisione esterna, lasciando in posto la canula per ventiquattro o trentasei ore fino che non si sia depo-

[1] Pratical Surgery, 4.ª ed.
[2] Lettsomian Lecture, 1851.
[3] Stricture of the Urethra, 1858.

sitato intorno la linfa, e allora si sostituisce un instrumento di gomma elastica. Qualche volta si ebbe un esito fatale per la gangrena dei margini della ferita, ed anche per perforazione del peritoneo.

Per questa operazione si mette il paziente in una posizione semi-recumbente, col pube raso; al di sopra della sinfisi del pube si fa un incisione che comprenda gli integumenti e il tessuto cellulare per l'estensione di circa cinque centimetri in direzione verticale; si separano i muscoli piramidali col manico del coltello, e introdotto un dito nella ferita si va in cerca della parete della vescica; il trequarti o retto o curvo, colla concavità al basso, deve essere inclinato verso la parte inferiore del sacro; dopo un giorno o due si toglie la canula e si sostituisce un catetero di gomma elastica.

Puntura alla sinfisi. — Questa operazione fu praticata troppo di rado per poterne dare un giudizio. Venne proposta dal Dr. Brander [1], nel 1825, che la fece poi lui medesimo; dal Dr. Leasure [2] di New Castle, Pa. e da pochi altri. L'atto operativo è semplicissimo; si introduce un trequarti con movimento rotatorio con o senza precedente incisione degli integumenti, penetrando frammezzo le ossa del pube nella direzione del promontorio del sacro, e dopo attraverso la canula, si manda dentro un pezzo di catetere flessibile. Se un ulteriore esperienza ne proverà la sicurezza, questa operazione avrà il vantaggio, come dice il Dr. Leasure, di curare la ritenzione semplicemente con un trequarti da idrocele.

CURA DELLO STRAVASO.

La cura dello stravaso di orina si fonda sui seguenti principj: dare esito per mezzo di incisioni al fluido evasato e ai tessuti disorganizzati; sostenere le forze col nutrimento e cogli stimolanti; togliere e rendere inerti i prodotti nocivi della decomposizione colla nettezza e cogli antisettici.

[1] Séances de l'Athenée de Méd. Paris 1825: citato da Thompson.
[2] Am. Journ. of the Med. Sci. aprile 1854.

Non appena si sono avvertiti i sintomi esterni dello stravaso, anzi prima ancora, se il rapido mutamento nelle condizioni generali e un dolore profondo fanno nascer il sospetto di stravaso di orina, quantunque non ci sia alcun segno importante alla superficie, si faccia un'ampia incisione sulla linea mediana del perineo, dove c' è assai poco pericolo di offendere vasi importanti. Quando lo stravaso arrivò a parti ancor più superficiali, bisogna fare anche numerose incisioni allo scroto, o dove ci sia distensione e tendenza alla gangrena.

Spesso troviamo indicazioni a mantenere le forze col nutrimento e cogli stimolanti; come per esempio, carne, vino, latte, carbonato d'ammoniaco, chinino, ecc. L' opio giova quando ci sia molto dolore o irritabilità nervosa. Nulla si può fare per lo stringimento fin tanto che durano gli effetti conseguenti alla rottura; ma per lo più passati questi, si può benissimo istituire il cateterismo anche con successo. Caso mai non lo possa e se la percussione ci indica che la vescica è ancora distesa per la brevità della rottura, è bene ricorrere tosto alla puntura, oppure estendere l'incisione del perineo fino all'uretra al di dietro dello stringimento. Ne cola dapprima un umore fetido e ammoniacale, tanto più quanto i tessuti sono disorganizzati in suppurazione; onde la necessità delle abluzioni frequenti, dei cataplasmi con soluzione del Labarraque, dei sacchetti di polvere di carbone, e delle lozioni antisettiche.

CURA DELL'ASCESSO ORINOSO E DELLA FISTOLA.

L'ASCESSO ORINOSO, come già osservammo, può dipendere da ulcerazione dell'uretra e conseguente infiltramento d'orina nel tessuto cellulare, spesso in piccolissima quantità, e comunicante col canale fin dal principio; o può essere prodotto da semplice irritazione delle parti vicine, e quantunque isolato dapprima s'apre poi nell'uretra. In ogni caso, quanto più presto si vuota l'ascesso con una incisione esterna, tanto è meglio; nella prima forma, per sedare i disordini costituzionali che ne seguono e prevenire che la materia si vada più largamente infiltrando; nella seconda forma, per ottenere il medesimo scopo ed anche per evitare possibilmente

ogni qualunque lesione delle pareti uretrali e il formarsi della fistola orinosa; poichè una volta che l'orina ha trovato un'uscita insolita, agisce come irritante continuo, e rende assai difficile la obliterazione della strada sia alla natura sia all'arte.

Quando la materia è raccolta dietro il legamento triangolare, è spesso difficilissimo lo scoprirla mediante l'esame esterno; però anche nei casi oscuri c'è quasi sempre un certo grado di durezza e di fluttuazione al tatto; e se la probabilità va crescendo dall'insieme dei sintomi generali quali sarebbero brividi, nausea, polso frequente, ecc., si faccia tosto un'incisione lungo la linea mediana del perineo al davanti dell'ano; quand'anche non si trovi il pus a tutta prima, resta sempre una via per dopo, e si diminuisce la tensione delle parti.

In qualche caso eccezionale, l'ascesso orinoso assume un carattere cronico, e s'accompagna a un certo eccitamento febbrile. Così un piccolo tumore costituito da un ascesso comunicante coll'uretra, può stare certe volte per mesi senza che se n'accorga nè il paziente nè il chirurgo a meno d'un esame diligente del perineo.

La fistola orinosa in moltissimi casi si restringe e si chiude spontaneamente quando lo stringimento sia stato completamente dilatato, specialmente se le condizioni generali si poterono mantenere assai prossime allo stato di salute. Gioveranno le applicazioni stimolanti al seno, per esempio il nitrato d'argento, l'acido nitrico, la tintura di cantaride e di iodio, ecc. Si applica del nitrato d'argento sull'estremità di uno specillo e lo si introduce lungo il tragitto fistoloso; si può injettare una delle tinture or ora accennate, o pura o diluita con acqua; si ponno anche inserire dei cilindretti di spugna compressa. Le fistole al davanti dello scroto richiedono spesso delle operazioni plastiche; la descrizione di tali operazioni la si può trovare nei trattati di chirurgia.

Fine del volume primo.

			ERRATA		CORRIGE.
Pag.	9	linea	8 — e con decreto . .	leggi	— e nn decreto.
»	28	»	29 — membrane mucose mucipar-.	»	— membrane mucose.
»	42	»	1 — Donne della città .	»	— Donne pubbliche.
»	49	»	14 — comincia acutissime.	»	— acutissima.
»	77	»	8 — comparire. . . .	»	— scomparire.
»	77	»	25 — estenzione . . .	»	— estensione.
»	77	»	29 — semicupo	»	— semicupio.
»	82	»	29 — capsule glatinose .	»	— gelatinose.
»	82		sotto alla linea 35 . .	»	— A. Ricordi.
»	84		» » 27 . .	»	— (Méot.)
»	93	»	8 ult. — anche frequentemente anche quando. .	»	— frequentemenle anche quando.
»	95	»	ult. — estenzione . . .	»	— estensione.
»	149	»	21 — illudere	»	— alludere.
»	191	»	7 — diviso	»	— diffuso.
»	200	»	2 della nota — l'emissione		— l'in cisone.